



عنوان دوره آموزشی

استانداردهای ایمنی بیمار براساس آخرین ویرایش بیمارستانهای

دوستاندار ایمنی بیمار

بهار ۱۴۰۳

- گروه هدف:** کارشناس امور بیمارستان - کارشناس بیماریهای خاص-کارشناس ارزشیابی موسسات درمانی-مدیر بیمارستان - کارشناس پرستاری - مدیر پرستاری دانشگاه-کارشناس مسئول پرستاری - کارشناس نظارت و ارزشیابی موسسات درمانی - سرپرستار - سوپروایزر بالینی-سوپروایزر آموزشی - سوپروایزر آموزش سلامت، - کارشناس کنترل عفونت -مدیر خدمات پرستاری- رئیس خدمات پرستاری- ماما مسئول-کارشناس مامایی- رئیس اداره مامایی

مدت ساعت دوره: ۱۰ ساعت

نوع آموزش (حضوری / غیر حضوری): غیر حضوری

اهداف آموزشی

۱. فراگیران با نحوه ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار آشنا شوند.
۲. فراگیران استانداردهای ایمنی بیمار در رهبری و مدیریت را بیان نمایند.
۳. فراگیران استانداردهای ایمنی بیمار در مشارکت بیماران و جامعه را بیان نمایند.
۴. فراگیران استانداردهای ایمنی بیمار در خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد را بیان نمایند.
۵. فراگیران استانداردهای ایمنی بیمار در محیط ایمن را بیان نمایند.
۶. فراگیران استانداردهای ایمنی بیمار در آموزش مداوم را بیان نمایند.

روش آزمون: الکترونیکی

۴.....	مقدمه
۵.....	ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار
۱۱.....	حیطه A رهبری و مدیریت
۲۹.....	حیطه B مشارکت بیماران و جامعه
۴۰.....	حیطه C استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
۷۵.....	حیطه D محیط ایمن
۷۹.....	حیطه E آموزش مداوم
۸۱.....	منابع

ایمنی بیمار به عنوان یک حق انسانی مطرح است و اصل اساسی در خدمات سلامت محسوب می شود، اما با گذشت ۲۰ سال از انتشار گزارش "انسان ممکن الخطا است" آمارها حاکی از آن است که پیشرفت بسیار کمی در این زمینه صورت گرفته است. بر اساس گزارش سازمان جهانی بهداشت، با توجه به رخداد ۴۲۱ میلیون بستری سالیانه در بیمارستان که منجر به آسیب به حدود ۱۰ درصد از آنان می شود، ایمنی بیمار در حال حاضر بار بالایی در سطح جهان دارد. در منطقه مدیترانه شرقی، این آسیب به ۱۸ درصد می رسد، و این در حالی است که حدود ۸۳ درصد از این وقایع قابل پیشگیری هستند. گزارش "انسان ممکن الخطا است"، مسئولیت ایمنی بیمار را بر دوش متخصصان و کارشناسان حوزه سلامت گذارد و آنها را به چالش کشید تا خطاهای پزشکی را در مدت پنج سال تا ۵۰ درصد کاهش دهند. در حالی که موفقیت های کوچکی در زمینه های عفونتهای بیمارستانی و ایمنی دارویی مشاهده شده است، متأسفانه هنوز ارائه کنندگان خدمات سلامت به اندازه کافی از اشتباهات خود درس نگرفته اند و تعداد آسیبهای رخ داده بسیار زیاد است و این در حالی هست که بسیاری از این آسیب ها قابل پیشگیری هستند.

تحقیقات زیادی در خصوص اثربخشی مداخلات ارتقای ایمنی بیمار وجود دارد. با اینحال، مطالعات پژوهشگرانی بنام در این زمینه مانند وینسنت و آمالبرتی و بیتس و سینگ، نشان داد که در دو دهه گذشته پیشرفت های کافی در این زمینه حاصل نشده است، بدین معنی که بیشتر مداخلات فعلی ایمنی، بر بهبود سیستم به صورت مجزا، جدا از آنچه در دنیای واقعی اتفاق می افتد، متمرکز شده اند. این نویسندگان به دنبال این بودند که نشان دهند چگونه باید روشها با هدف مدیریت ایمنی و خطرات در نظام پیچیده خدمات سلامت ارتقاء یابند. مهمتر از همه، آنها دیدگاه بیماران را در مرکز رویکرد خود قرار دادند و ایمنی بیمار را به عنوان "مدیریت خطر در طول زمان" تعریف کردند. آنچه اکنون بسیار واضح است این است که یک پاسخ مشخص وجود ندارد، بلکه فهرست محدودی از راه حل های اثبات شده وجود دارند که منجر به کاهش حوادث تهدیدکننده ایمنی بیمار و ارتقای کیفیت خواهند شد.

سازمان جهانی بهداشت اهمیت ایمنی بیمار را به رسمیت شناخته و آن را به عنوان یک نگرانی سلامت همگانی در اولویت قرار داده است. پوشش همگانی سلامت، تنها به تضمین دسترسی به خدمات سلامت محدود نمی شود و شامل دسترسی به خدمات ایمن باکیفیت است، یکی از اهداف توسعه پایدار ۲۰۳۰ است. در ماه می سال ۲۰۱۹، هفتاد و دومین مجمع جهانی سلامت، ایمنی بیمار را به عنوان یک اولویت کلیدی به رسمیت شناخت و در قطعنامه WHA72.6 متعهد شد که با اجرای اقداماتی هماهنگ، آسیب به بیماران در مراکز ارائه خدمات سلامت را کاهش دهد و اعلام کرد که ایمنی بیمار با دادن این اطمینان به جوامع که می توانند به نظام های سلامت خود برای ایمن نگه داشتن آنها و خانواده هایشان اعتماد کنند، این امکان را فراهم خواهد کرد تا پوشش همگانی سلامت حاصل شود. نظامهای ارزیابی انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار، کشورهای عضو را در هنگام برنامه ریزی و بسیج منابع برای پوشش همگانی سلامت راهنمایی می کنند و باعث اعتبار مدلهای مراقبت با کیفیت می شوند. در قطعنامه شماره WHA72.6 هفتاد و دومین مجمع سازمان جهانی با حمایت ایجاد روز جهانی ایمنی بیمار در ۱۷ سپتامبر هر سال بر همبستگی جهانی و افزایش آگاهی در مورد ایمنی بیمار به عنوان یک اولویت سلامت در سراسر جهان تأکید و توجه شده است. در پاسخ به نیاز مبرم برای اجرای مداخلاتی که به چالش های موجود در زمینه ایمنی بیمار پاسخ دهند، دفتر منطق های مدیترانه شرقی

سازمان جهانی بهداشت، برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI) Patient Safety Friendly Hospital Initiative را در سال ۲۰۱۱ با انتشار اولین ویرایش کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار شروع کرد. این برنامه بعداً به یک چارچوب تبدیل شد، چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHF)، که شامل اجرای مجموع‌های از استانداردهای ایمنی بیمار در بیمارستانها می‌شود. انطباق با این استانداردها در یک سازمان تضمین می‌کند که ایمنی بیمار در آن سازمان از اولویت لازم برخوردار است و آن سازمان و کارکنانش بهترین مداخلات توصیه شده را اجرا می‌کنند. اولین مجموعه استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار توسط گروهی از کارشناسان منطقه ای و بین‌المللی تدوین و بررسی شد.

با استفاده از اصول (RUMBA) Relevant, Understandable, Measurable, Beneficial and Achievable (مرتبط، قابل درک، قابل سنجش، سودمند و قابل دستیابی)، استانداردهای چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار در دسامبر ۲۰۱۹ به صورت آزمایشی اجرا شدند. اصول RUMBA تضمین می‌کند که معیارها مرتبط، قابل درک، قابل سنجش، سودمند و قابل دستیابی می‌باشند.

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

استانداردهای ایمنی بیمار مجموعه‌ای از الزامات است که برای ایجاد برنامه ایمنی بیمار در سطح بیمارستان ضروری است. این الزامات قالبی عملیاتی ارائه می‌دهند که بیمارستانها بتوانند با استفاده از آن مراقبت بیمار از منظر ایمنی بیمار را ارزیابی نمایند، ظرفیت سازی لازم در کارکنان را به منظور ارتقای ایمنی بیمار انجام دهند، و گیرندگان خدمت را در ارتقاء ایمنی خدمات درمانی مشارکت دهند.

ارزیابی بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، سازوکاری است که برای ارزیابی ایمنی بیمار در سطح بیمارستانها ایجاد شده است. این استانداردها برای کل بیمارستان کاربردی هستند و تنها برای یک بخش یا خدمت خاص نمی‌باشند. این استانداردها، ابزاری را برای تعیین سطح ایمنی بیمار، چه به منظور شروع یک برنامه ایمنی بیمار و چه به عنوان بخشی از یک برنامه در حال اجرا در اختیار مؤسسات قرار می‌دهند. این ارزیابی داوطلبانه است و از طریق یک ارزیابی خارجی، به صورت بررسی همتایان (Peer-review) انجام می‌شود. گروه مشاور منطقه ای سازمان جهانی بهداشت در مورد ایمنی بیمار، به عنوان تیم ارزیاب اولیه، این فرایند را آغاز کردند. در مرحله اول، این گروه بیمارستانها را به منظور تعیین میزان انطباق با استانداردهای ایمنی بیمار سازمان جهانی بهداشت و شاخصهای عملکردی ایمنی بیمار ارزیابی می‌نماید. در گام بعدی این فرآیند، ظرفیت سازی تیم‌های کشوری به عنوان تیم‌های ارزیاب خارجی صورت می‌گیرد.

این ابزار یک شاخص کلیدی برای محک زدن ارائه می‌دهد، فرصتهای بهبود را شناسایی می‌کند و اجرای پروژه‌های بهبود برای دستیابی به اهداف استاندارد را تشویق می‌کند. در نهایت، انگیزه‌ای برای کارکنان برای مشارکت در بهبود ایمنی بیمار فراهم می‌آورد. هدف نهایی چارچوب، بهبود سطح ایمنی بیمار در بیمارستانها با ایجاد شرایطی است که منجر به خدمات ایمن‌تر می‌شود، بنابراین، جامعه را از آسیب‌های قابل اجتناب محافظت نموده و وقایع ناخواسته را در مجموعه‌های بیمارستانی کاهش می‌دهد.

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار را می توان همراه با سایر ابزارهای ایمنی بیمار و سایر انواع ارزیابی خارجی استفاده کرد. تفاوت بین چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار و سایر برنامه های ارزیابی خارجی در این است که این چارچوب بر ایمنی بیمار تمرکز دارد و به جای آن که به دستیابی بر یک هدف بپردازد، تأکید آن بر بهبود مستمر است.

نقش سازمان جهانی بهداشت در چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، چارچوبی است که توسط سازمان جهانی بهداشت با هدف کمک به مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت برای راه اندازی یک برنامه جامع ایمنی بیمار تهیه و تدوین شده است. در نهایت امید است که وزارت بهداشت و مؤسسات ارائه دهنده خدمات سلامت، خود متولی اجرای آن شوند. کتابچه راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار ابزارهای لازم را برای انجمن های حرفه ای، نهادهای نظارتی یا اعتباربخشی و وزارت بهداشت برای بهبود ایمنی بیمار فراهم می کند. اعطای گواهینامه یا تأیید دستیابی بنا بر تشخیص یک نهاد ناظر کشوری مانند وزارت بهداشت صورت می گیرد. با این حال، بیمارستان ها می توانند از این کتابچه راهنما برای خودارزیابی استفاده کنند و از تحلیل کاستی ها برای تهیه یک برنامه بهبود کیفیت جهت ارتقای ایمنی بیماران بهره بگیرند.

استانداردهای ایمنی بیمار به پنج گروه اصلی تقسیم شده است:

- A. رهبری و مدیریت
- B. مشارکت بیماران و جامعه
- C. خدمات بالینی ایمن و مبتن بر شواهد
- D. محیط ایمن
- E. آموزش مداوم

هر حیطه شامل چندین استاندارد است که در مجموع شامل ۲۲ استاندارد است. هر استاندارد شامل تعدادی معیار است که در مجموع شامل ۱۳۴ معیار است. یک معیار می تواند الزامی، اساسی یا پیشرفته ۱ باشد و انواع مختلفی از معیارها بین پنج حیطه توزیع شده اند (جدول ۱).

جدول ۱. توزیع معیار طبقه بندی شده بر اساس پنج حیطه برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار (PSFHI)

حیطه (Domains)	معیارهای الزامی (Critical)	معیارهای اساسی (Core)	معیارهای پیشرفته (Developmental)	تعداد کل معیارها در هر حیطه
A: حاکمیت و رهبری (A1-A6) ۶ استاندارد	۷	۲۶	۳	۳۶
B: جلب مشارکت و تعامل با بیمار و جامعه (B1-B7) ۷ استاندارد	۲	۲۲	۷	۳۱
C: خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد (C1-C4) ۴ استاندارد	۱۴	۲۴	۲	۴۰
D: محیط ایمن (D1-D2) ۲ استاندارد	۱	۲۰	۱	۲۲
E: آموزش مداوم (E1-E3) ۳ استاندارد	۱	۲	۲	۵
تعداد کل	۲۵	۹۴	۱۵	۱۳۴

چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار

از مشارکت همه بیمارستانها چه دولتی و چه خصوصی، جهت استقرار بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار استقبال می شود. در برخی از کشورها، بیمارستانها بر اساس معیارهایی که توسط وزارت بهداشت با همکاری دفاتر نمایندگی سازمان جهانی بهداشت تهیه شده است، انتخاب می شوند. دفتر منطقه ای سازمان جهانی بهداشت تلاش های گسترده ای را برای افزایش تعداد ارزیابان آموزش دیده و ترغیب کشورها برای تولید برنامه توسط وزارت بهداشت یا سایر مراکز معتبر ملی انجام می دهد. زمانی که کشوری برای شرکت در برنامه چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ثبت نام می کند، دفتر منطقه ای می تواند با آموزش اولین گروه ارزیابان و تسهیل گران حمایت های لازم را ارائه دهد. ارزیابی اولین گروه از بیمارستانها توسط ترکیبی از ارزیابان کشوری و کارشناسان بین المللی انجام می شود.

اولین وظیفه بیمارستان این است که حداقل شش ماه قبل از بازدید، استانداردهایی را که برای ارزیابی استفاده می شود، بررسی کند. با این که الزامی نیست، اما توصیه می شود که یک خودارزیابی اولیه عملکرد در رابطه با استانداردها انجام شود و یک تیم کوچک فرایند خودارزیابی را انجام دهد. بیمارستان مسئول جمع آوری تمام شواهد و شناسایی مواردی است که نیاز به توجه خاص دارند. در پایان این فرایند، بیمارستان دارای یک تحلیل کاستی ها و نقایص (Gap analysis) همراه با اقداماتی که نیاز به مداخله دارند و فهرستی از مستندات که میزان انطباق آنها با هر معیار را نشان می دهد، خواهد بود. پس از هر معیار، فهرست کوچکی از شواهد پیشنهادی برای انطباق آورده شده است. این شواهد فقط به عنوان پیشنهاد هستند و

بیمارستان ها ممکن است تصمیم بگیرند برای آن که انطباق خود را با معیارها نشان دهند، شواهد دیگری ارائه کنند. شواهد باید برای هر معیار ارائه شوند و به زبان انگلیسی باشند. اگر اقداماتی برای دستیابی به انطباق بهتر مورد نیاز است، باید به وضوح مستند شوند. تمام شواهد انطباق (مستندات) باید در یک سیستم کاربر-پسند ارائه شود که ارزیابان بتوانند به راحتی آنها را بررسی کنند. بهتر است تیم مدیریت بیمارستان به مردم، کارکنان و بیماران اطلاع دهد که ارزیاب های بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار، در تاریخ های مشخص شده بیمارستان را ارزیابی خواهند کرد و لازم است آنها را از هدف چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار آگاه کنند.

تفسیر استانداردها

همه حیطه ها و استانداردهای ایمنی بیمار از الگوی یکسان پیروی می کنند (جدول ۲) هر استاندارد یک بیانیه غایی دارد که بالاترین سطح نتایج را برای آن استاندارد مشخص می کند. همه استانداردها دارای یکسری معیار هستند. پس از هر معیار، فهرستی از مستندات ذکر می شود که می توان از آنها برای تأیید انطباق با آن معیار استفاده کرد. از آنجایی که ساختارها و فرایندها در کشورهای مختلف، متفاوت هستند این فهرست هم بر اساس این شرایط انعطاف پذیر بوده و فهرست جامعی نیست، بلکه باید از آن به عنوان یک راهنمای کلی برای تعیین چگونگی تأیید مطابقت با یک معیار استفاده نمود. مستندات مشخصی وجود دارند که کلیه مراکز ارائه دهنده خدمات سلامت باید به همراه درخواست ارزیابی چارچوب بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار ارائه کنند این مستندات شامل مستندات حقوقی از قبیل برنامه های راهبردی (استراتژیک) و عملیاتی (ساختار)، خط مشی ها و روشهای اجرایی (فرایند) و شواهد سنجش و ممیزی (پیامد) است.

جدول ۲. قالب تمام حیطه های ایمنی بیمار و استانداردها

حیطه A. رهبری و مدیریت		
راهنما برای شواهد انطباق	استاندارد A.1 مدیریت ارشد بیمارستان به ایمنی بیمار متعهد است	
	A.1.1.1	معیارهای الزامی
	A.1.1.2	
	A.1.1.3	
	A.1.2.1	معیارهای اساسی
	A.1.2.2	
	A.1.2.3	
	A.1.3.1	معیارهای پیشرفته
	A.1.3.2	

معیارهای الزامی به عنوان مسائلی که باید فوراً برای یک بیمارستان برای ارائه خدمات ایمن مورد توجه قرار گیرند، در اولویت قرار گرفته اند. در ویرایش سوم، در مجموع، ۲۵ مورد از این معیارها وجود دارد و همه بر اساس شواهد موجود در خصوص مشکلات رایج مانند حاکمیت، ارتباطات، بهداشت دست، صلاحیت کارکنان و آموزش کارکنان انتخاب شدند. توجه به تمامی این ۲۵ معیار الزامی، شروعی مناسب برای یک بیمارستان برای مسیر بهبود کیفیت است.

معیارهای اساسی شامل حداقل استانداردهایی هستند که بیمارستان برای ایمنی بیماران باید از آن تبعیت کند. دستیابی به ۱۰۰ درصد استانداردهای اساسی برای دریافت عنوان بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار الزامی نیست. اگرچه تعیین سطح بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار به درصد استانداردهای اساسی محقق شده بستگی دارد. درصد استانداردهای اساسی محقق شده، جهت محک زنی داخلی برای مستند نمودن پیشرفت در طی زمان حائز اهمیت است.

استانداردهای پیشرفته الزاماتی هستند که بیمارستان باید بسته به ظرفیت و منابع خود، در جهت دستیابی به آنها به منظور تقویت خدمات ایمن اقدام نماید.

مقیاس امتیازدهی

برای هر معیار، یک مقیاس امتیازدهی سه حالتی استفاده می شود بدین صورت که در صورت اجرای هر معیار به صورت کامل، امتیاز ۱، اجرا به شکل نسبی، امتیاز ۰.۵ و عدم اجرا، امتیاز صفر تعلق می گیرد. اگر معیاری به خدمات بالینی که بیمارستان ارائه می دهد مرتبط نباشد، سپس از گزینه "عدم کاربری" استفاده می شود و این معیار در امتیازدهی نهایی محاسبه نمی شود. مثال از عدم کاربری می توان به معیار C.1.1.6 اشاره نمود: بیمارستان دستورالعمل زایمان ایمن و مسیر یکپارچه خدمات بالینی را اجرا می کند. اگر بیمارستانی خدمات زایمان ارائه ندهد در این صورت، این معیار به عنوان معیار "عدم کاربری" تلقی می گردد. مقیاس امتیازدهی برای هر معیار استفاده می شود و در سطح استاندارد اجرا نمی شود.

برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار از روش مرور همتایان استفاده می کند و نباید به عنوان یک ممیزی در نظر گرفته شود. بنابراین، امتیازدهی مستلزم داشتن تجربه از طرف تیم ارزیاب است. امتیازها باید توسط کل تیم ارزیاب مورد توافق قرار گیرد و تیم باید شواهد را از سه منبع مختلف: مصاحبه ها؛ مستندات؛ و مشاهده ها مورد بررسی قرار دهد. همه این شواهد و به همراه تجربیات ارزیابان برای تعیین امتیاز نهایی و سطح دستیابی نهایی استفاده می شود. ارزیابان برنامه بیمارستان دوستدار ایمنی بیمار آموزش دیده اند تا بتوانند داده ها را از منابع مختلف جمع آوری کنند و در کنار هم قرار دهند. ابتدا، با مرور مستندات که برخی از آنها قبل از مراجعه به بیمارستان بررسی شده اند. دوم، به وسیله مصاحبه با کارکنان کلیدی و بیماران و در نهایت، با انجام بازدیدهای محیطی و خدمات بالینی.

هنگام امتیازدهی، راهنمای نشان داده شده در جدول ۳ برای تعیین سطح انطباق استفاده می شود. در صورت لزوم، جزئیات اقداماتی که برای دستیابی به امتیاز بالاتر لازم است، اضافه می شود.

جدول ۳. ضوابط امتیاز دهی برای ارزیابی هر معیار

امتیاز دهی	نمره	منطق امتیاز دهی
اجرای کامل	۱	تطابق ۸۰ درصد (یا بیشتر) موارد
اجرای نسبی	۰,۵	تطابق ۳۱ تا ۷۹ درصد موارد
عدم اجرا	۰	تطابق کمتر از ۳۰ درصد موارد

ارزیابی و سطح تحقق استانداردها

به بیمارستانها به عنوان دوستدار ایمنی بیمار بر اساس چهار سطح تطابق امتیاز داده می شود که سطح چهارم، بالاترین سطح امتیازی است که یک بیمارستان می تواند کسب کند.

جدول ۴. سطوح تحقق استانداردهای ایمنی بیمار

سطح بیمارستان	استانداردهای الزامی (درصد)	استانداردهای اساسی (درصد)	استانداردهای پیشرفته (درصد)
سطح ۱	۱۰۰	هر میزان	هر میزان
سطح ۲	۱۰۰	۶۰-۸۹	هر میزان
سطح ۳	۱۰۰	≥ 90	هر میزان
سطح ۴	۱۰۰	$90 < _$	≥ 80

سطح تحقق استانداردها در سه مرحله محاسبه می شود:

- آیا همه معیارهای الزامی از سطح مطابقت ۸۰ درصد یا بیشتر برخوردار بوده اند (امتیاز ۱)؟ در صورتی که پاسخ مثبت است:
 - درصد انطباق با معیارهای اساسی چقدر است سرانجام:
 - درصد انطباق با معیارهای پیشرفته چقدر است؟
- درصد انطباق با جمع زدن امتیازات و سپس تقسیم بر تعداد کل معیارهای هر دسته (الزامی، اساسی یا پیشرفته) محاسبه می شود. اگر معیاری از نظر سازمان و تیم ارزیاب موضوعیت نداشته باشد، این معیار در امتیاز نهایی در نظر گرفته نمی شود.

حیطه A. رهبری و مدیریت

جدول ۵. حیطه A. رهبری و مدیریت

حیطه	بیانیه استاندارد	تعداد معیارها		
		الزامی	اساسی	پیشرفته
حیطه A: رهبری و مدیریت	A.1 مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.	۳	۴	۱
	A.2 بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.	۱	۷	۱
	A.3 بیمارستان از داده ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می نماید.	۰	۲	۱
	A.4 بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است	۱	۳	۰
	A.5 مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل، برای ارائه خدمات ایمن در تمامی شیفت‌های کاری اطمینان حاصل می نماید.	۲	۶	۰
	A.6 بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی ارائه خدمات ارائه شده برای همه بخش ها است.	۰	۴	۰
کل		۷	۲۶	۳

جدول ۶. A.1.۶ مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.

A.1	سطح معیار	بیانیه معیار
مدیریت ارشد بیمارستان متعهد به ایمنی بیمار است.	معیار الزامی	A.1.1.1 بیمارستان برنامه راهبردی (استراتژیک) دارد که در آن ایمنی بیمار حائز اولویت است.
		A.1.1.2 نظام حاکمیت / رهبری سازمانی و بالینی مشخصی در بیمارستان وجود دارد.
		A.1.1.3 مدیریت ارشد بیمارستان با هدف بهبود فرهنگ ایمنی بیمار، بازدیدهای ماهانه مدیریتی ایمنی بیمار را به منظور شناسایی خطرات موجود در سیستم و اعمال مداخله در خصوص موضوعات مرتبط با ایمنی بیمار انجام می دهد.
معیار اساسی	A.1.2.1 مدیریت ارشد بیمارستان منابع لازم، از جمله بودجه سالانه برای فعالیتهای ایمنی بیمار را بر اساس برنامه عملیاتی تفضیلی فراهم می نماید.	
	A.1.2.2 مدیریت ارشد بیمارستان چارچوبی برای مدیریت اخلاقی فراهم مینماید که از تصمیم گیری در ارائه مراقبتهای بالینی و مدیریت پژوهش پشتیبانی می نماید.	
	A.1.2.3 مدیریت ارشد بیمارستان فرهنگ ایمنی بیمار را به صورت سالانه ارزیابی می نماید و متعاقب آن برنامه های عملیاتی هر سه ماه یک بار مورد بازبینی قرار می گیرند.	
	A.1.2.4 مدیریت ارشد بیمارستان هر سال، روز جهانی بهداشت دست (۵ می - ۱۵ اردیبهشت) و روز جهانی ایمنی بیمار (۱۷ سپتامبر - ۲۶ شهریور) را به رسمیت شناخته و طی مراسمی از آن تجلیل می کند.	
معیار پیشرفته	A.1.3.1 برنامه راهبردی (استراتژیک) بیمارستان شامل بیانیه های مأموریت، چشم انداز و ارزش هایی است که بر وجود فرهنگ ایمنی دلالت دارند.	

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار (Patient Safety Executive Walk-Rounds)

تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بایستی با فلسفه و نحوه اجرای بازدید مدیریتی ایمنی طبق دستورالعمل و مبانی فرهنگ ایمنی بیمار آشنا بوده و بدان متعهد باشد. حضور مدیران ارشد بیمارستان طبق دستورالعمل در این بازدید ضروری است. برنامه تنظیمی سالیانه (به نحوی که حداقل یک بازدید مدیریتی در هر هفته صورت گیرد.) از سوی رئیس یا مدیر عامل بیمارستان به کلیه واحدها یا بخشهای مربوطه و مدیران مرتبط ابلاغ شده، در بخشها یا واحدها موجود و در معرض رویت کارکنان می باشد. موارد لغو شده در برنامه قبلاً اصلاح و تاریخ بعدی مشخص شده است و کارکنان از آن مطلع باشند. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار به هیچ وجه جنبه بازرسی ندارد و بازدیدها براساس گفتمان حضوری و سوالات باز مربوط به وضعیت ایمنی بیمار و مخاطرات سیستمی موجود با کارکنان صف در بخشها یا واحدهای مربوط مطابق با سئوالات پیشنهادی در دستورالعمل اجرا می گردد. ضروری است فرصت کافی به کارکنان در خصوص بیان دغدغه های خود در قبال تهدید ایمنی بیمار داده شود و بازدید به گونه ای مدیریت گردد که مباحث غیرمرتبط با ایمنی بیمار باعث اتلاف وقت و نپرداختن به مباحث ایمنی بیمار نشود.

انتظار می رود رئیس بیمارستان حداقل در تمامی بازدیدهای بخشهای ویژه، اتاقهای عمل، اورژانس و پس از آن بسته به وسعت، در سایر بخشها یا واحدهای بیمارستان طبق جدول ۷ حضور فعال داشته باشد.

جدول ۷. حضور رئیس بیمارستان در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

تعداد تخت	درصد حضور رئیس/مدیرعامل
تا ۱۶۰ تخت	٪۹۰
۱۶۱-۳۶۰ تخت	٪۷۰
بالای ۳۶۰ تخت	٪۵۰

رویکرد این بازدیدها ارتقا فرهنگ ایمنی بیمار و به تبع آن افزایش موارد گزارش مخاطرات و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و خطا از سوی بخشها و عاری از هرگونه رویکرد سرزنشی است. لذا مشارکت موثر و بدون ترس کارکنان بخشها/واحدها در ابراز دغدغه های تهدید کننده ایمنی بیمار و پیشنهادهای اصلاحی مورد انتظار است.

دستورالعمل اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

با انجام مرتب بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار به صورت هفتگی مدیران ارشد سازمان می توانند به کارکنان تعهد سازمان را به ایجاد فرهنگ ایمنی (culture of safety) نشان دهند. بازدید مدیریتی ایمنی بیمار از بخشها (نظیر بخش اورژانس ، رادیولوژی و اتاق های عمل)، داروخانه و آزمایشگاه صورت می گیرد. بدین صورت صحبت غیررسمی با کارکنان صف در ارتباط با موضوعات ایمنی در سازمان و تایید و حمایت از گزارش خطاهای پزشکی ممکن می شود.

منافع بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار برای سازمان:

- ✓ تعهد مدیریت ارشد سازمان را به ایمنی نشان می دهد.
- ✓ فرصتی را برای یادگیری مدیران ارشد سازمان در ارتباط با ایمنی بیمار فراهم می نماید.
- ✓ فرصت های بهبود ایمنی را در سازمان شناسایی می نماید.
- ✓ خطوط ارتباطی بین مدیران ، کارکنان و هیات مدیره سازمان برقرار می نماید.
- ✓ امکان ارتقاء بسیار سریع در زمینه ایمنی بیمار را فراهم می آورد.

اهداف:

- ✓ ایجاد باور و اعتقاد در کلیه کارکنان (مبنی بر این که خط مشی غیر تنبیهی در ارتباط با اتفاقات ناخواسته مرتبط به ایمنی بیمار مؤثر و عملی است).
- ✓ افزایش گزارش داوطلبانه اتفاقات ناخواسته دارویی و سایر اتفاقات ناخواسته.
- ✓ اجرای مداخلات اصلاحی مبتنی بر اطلاعات اخذ شده از بازدیدهای مدیریتی به منظور ارتقاء ایمنی بیمار.
- ✓ کاهش قابل ملاحظه وقوع اتفاقات ایمنی بیمار در سطح بیمارستان مبتنی بر پایش اتفاقات ناخواسته.

معیارهای موفقیت برنامه:

- ✓ پاسخ کارکنان صف و مدیران به پیمایش در زمینه فرهنگ ایمنی
- ✓ تعداد خطاهای گزارش شده در ماه از طریق سیستم های گزارش دهی داوطلبانه
- ✓ تعداد تغییرات و مداخلات ایمنی که در سال توسط مدیران انجام شده.
- ✓ درصد تغییرات (روند) در اطلاعات کلی ناشی از پایش.

قوانین کلی مربوط به بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار

تصمیم گیری و توافق در خصوص اعلام قبلی زمان و مکان مورد بازدید در بیمارستان بر عهده هیأت مدیره ی بیمارستان می باشد
تضمین و اطمینان بخشیدن به کارکنان در ارتباط با محرمانه ماندن اطلاعات مورد بحث در بازدید های مدیریتی الزامی می باشد.

افراد شرکت کننده در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

مدیران ارشد بیمارستان شامل:

- ✓ رئیس بیمارستان
- ✓ مدیر بیمارستان
- ✓ رئیس گروه بالینی
- ✓ رئیس خدمات پرستاری بیمارستان
- ✓ روسای بخش ها بر حسب مورد
- ✓ کارشناس هماهنگ کننده مدیریت خطر / کارشناس مسوول ایمنی بیمار

زمان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار بایستی در طول سال حداقل یک بار در هفته و به صورت مرتب صورت پذیرد. مدیران ارشد بیمارستان می توانند جهت سهولت انجام کار به صورت چرخشی در بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار حضور یابند.

بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار از چه بخش هایی انجام می شود:

- ✓ بخش های بستری
- ✓ بخش اورژانس
- ✓ واحد رادیولوژی
- ✓ اتاق های عمل
- ✓ داروخانه
- ✓ آزمایشگاه

چهارچوب پیشنهادی انجام بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار:

ابتدا مقدمه ای در ارتباط با موارد و اصول کلیدی ذیل برای هر یک از کارکنانی که مورد مصاحبه و گفتگو قرار می گیرند بیان نمایید و سپس سؤالات ذیل را مطرح کنید:

- ✓ عزم سازمان در ایجاد و برقراری ارتباط باز و فرهنگ سازمانی عاری از سرزنش به منظور ایجاد ایمنی بیشتر هم برای ارائه کنندگان خدمات و هم برای بیماران
- ✓ تأکید بر سیستم به جای تأکید بر افراد
- ✓ محرمانه باقی ماندن موضوع مورد گفتگو و در صورت عدم تمایل افراد باقی ماندن موضوع مورد بحث فقط در بین جمع حاضر
- ✓ ذکر این که پرسش ها بسیار کلی می باشند، لیکن افراد می توانند مواردی مانند خطاهای دارویی، عدم برقراری ارتباط صحیح بین افراد، مواردی که سبب اختلال حواس و بی دقتی می شوند، اقدامات درمانی تهاجمی، عدم کارآیی، افتادن بیماران، عدم پیروی و اجرای دستورالعمل ها و غیره را در نظر بگیرند.

سؤالات:

- ۱- با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید مورد، مشکل و یا موضوعی را بیان نمایید که موجب طولانی شدن مدت بستری بیماری شده است ؟
 - ✓ ندادن و یا تأخیر در دادن دارو به بیمار
 - ✓ عدم ارتباط صحیح کارکنان
- ۲- با در نظر گرفتن چند روز گذشته آیا شما می توانید اتفاق نزدیک به وقوعی را به یاد آورید که در صورت وقوع می توانست منجر به آسیب به بیمار شود ؟

- ✓ انتخاب داروی اشتباه / دوز اشتباه دارویی که از داروخانه تحویل گرفته شده و یا برای دادن به بیمار کشیده و یا گذارده شده، لیکن قبل از دادن به بیمار متوجه شده اید که اشتباه می باشد.
 - ✓ تنظیم غلط پمپ دارویی که پس از آلام دستگاه متوجه نکته اشتباه شده اید.
 - ✓ دستور دارویی اشتباه توسط پزشک که قبل از انجام برای بیمار مورد توجه پرستاران واقع شده است.
- ۳- آیا اخیراً شما متوجه اتفاقی که به بیمار آسیب رسانیده است، شده اید ؟
- ✓ عفونت
 - ✓ عوارض جراحی
 - ✓ عوارض جانبی ثانویه داروها
- ۴- کدام یک از جوانب محیطی می تواند به بیمار آسیب بزند ؟
- ✓ تمامی مراحل پذیرش ، ترخیص و بستری بیمار در بیمارستان را در نظر بگیرید.
 - ✓ حرکت در بیمارستان را در نظر بگیرید.
 - ✓ برقراری ارتباطات افراد را در نظر بگیرید.
 - ✓ اطلاعات و موضوعات مرتبط به کامپیوتر را در نظر بگیرید.
- ۵- آیا ما می توانیم از آسیب بعدی به بیمار پیش گیری نماییم ؟
- ✓ چه اطلاعاتی می تواند کمک کننده باشد
 - ✓ کارهای گروهی را در نظر بگیرید
 - ✓ محیط و جریان کار را در نظر بگیرید
- ۶- از نظر شما کدام یک از عوامل سیستمی و یا محیطی سبب افزایش میزان خطر بروز اشتباهات می شوند؟
- ✓ فقدان اطلاعات کافی
 - ✓ الزاماتی که منطقی به نظر نمی رسد
 - ✓ الزاماتی که به طور غیر ضرور وقت گیر می باشند.
- ۷- چه مداخله ای از سوی مدیران ارشد سبب ایمن تر شدن ارائه خدمات شما می شود؟
- ✓ سازمان دهی گروه های چند تخصصی به منظور ارزیابی مشکلات
 - ✓ کمک در تغییر نگرش گروه های خاص
 - ✓ تسهیل برقراری ارتباطات بین دو گروه خاص
- ۸- به چه صورت می توان بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار را اثربخش تر نمود ؟
- ✓ اقدام اصلاحی براساس نظرات ارائه شده کارکنان و اعلان آن ها در مناسبت های مختلف
 - ✓ انجام بازدید مدیریتی ایمنی بیمار در شیفت های مختلف کاری (صبح، عصر و شب)
 - ✓ وجود برنامه مدون برای بازدید مدیریتی و اقدام بر اساس آن
 - ✓ تاکید بر حضور ریاست بیمارستان

شواهد اجرای بازدید مدیریتی ایمنی بیمار

۱. وجود صورتجلسه برای هریک از بازدیدهای ایمنی بیمار مشتمل بر دغدغه های مطرح شده و راهکارهای پیشنهادی با امضای حاضرین در بازدید
۲. وجود لیست تماس با کارکنان صف و سوابق ارائه بازخورد به آنها
۳. وجود صورت جلسات کمیته های مرتبط در مواردی که طبق صورتجلسه بازدید /نظر مسئول فنی /ایمنی نیاز به طرح و بررسی در کمیته باشد.
۴. وجود سوابق تصمیم گیری اثربخش در کمیته مرتبط در زمینه نتایج بازدیدهای ایمنی بیمار
۵. وجود برنامه عملیاتی اثربخش برای اقدام /اقدامات اصلاحی مدون ناشی از بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۶. ارزیابی مستند شاخص روند گزارشدهی وقایع ناخواسته و بررسی ارتباط آن با اثربخشی بازدیدهای ایمنی بیمار
۷. ارزیابی مستند پیشرفت و اثربخشی برنامه های عملیاتی
۸. ارائه پسخوراند مستند نتایج بازدیدها و نتایج اقدامات اصلاحی به بخش مربوطه و فرد /افراد پیشنهاد دهنده
۹. استفاده از درسهای آموخته شده از این بازدیدها در جهت اصلاح فرایندها /برنامه ها و ارتقا ایمنی بیمار در سطح بیمارستان/دانشگاه
۱۰. اشراف تیم رهبری و مدیریت بر نتایج حاصله از اجرای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار و اثربخشی آنها
۱۱. استفاده از فرمت مشخص برای سهولت پیگیری نتایج بازدید
۱۲. تعریف و پایش شاخصهای اثربخشی برای بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار
۱۳. استفاده از ابزار چرخه PDCA برای ارتقا مستمر ایمنی بیمار

استقرار فرهنگ ایمنی بیمار

فرهنگ ایمنی بیمار در یک سازمان، محصول ارزشها، نگرشها، ادراک، شایستگیها، و الگوهای رفتاری فردی و گروهی است که تعهد به مدیریت ایمنی و سلامت سازمانی و روش و کارآمدی آن را نشان میدهد. این فرهنگ حاکی از اعتماد دو طرفه است که در آن همه کارکنان می توانند آزادانه در خصوص مشکلات ایمنی و چگونگی حل آنها صحبت کنند بدون آن که ترسی از سرزنش غیرمنصفانه یا تنبیه داشته باشند.

در صورت استقرار کامل فرهنگ ایمنی بیمار به عنوان ارزش سازمانی در بیمارستان شاهد اتفاقات مثبت ذیل خواهیم بود:

- ✓ سازمان از خطاهای گذشته تجربه کسب کرده و می آموزد.
- ✓ منابع مورد نیاز، ساختار مناسب و مسئولیت پذیری مطلوب جهت حفظ اثر بخشی سیستمها تامین می شود.
- ✓ پیشگیری از خطاها برنامه ریزی و به نحو موثری انجام می شود.
- ✓ عوارض ناخواسته خطاها کاهش می یابد.
- ✓ تمامی کارکنان در قبال ایمنی خودشان، سایر کارکنان، بیماران و ملاقات کنندگان مسئولیت پذیرند.
- ✓ در نظر کارکنان، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
- ✓ در نظر تیم رهبری و مدیریت، ایمنی بالاتر از اهداف اجرایی و مالی سازمان است.
- ✓ مدیریت سازمان به شناسایی، ارتباط و حل مشکلات مرتبط به ایمنی تشویق/پاداش میدهد.
- ✓ گزارش دهی وقایع ناخواسته تبدیل به هنجار سازمان شده است.
- ✓ ایمنی بیمار در تمام سطوح عملکردی بیمارستان یک ارزش سازمانی نهادینه شده است.

خصوصیات سازمانهایی با استقرار فرهنگ ایمنی بیمار

- ✓ امنیت روانی: افراد می دانند که دغدغه های آنان مورد استقبال قرار گرفته با احترام با ایشان رفتار می شود.
- ✓ رهبری فعال: رهبران سازمانی، فضایی خلق می کنند که در آن تمامی کارکنان به راحتی دغدغه های خود را بیان می نمایند.
- ✓ شفافیت: کارکنان برای اظهار و پافشاری (Speak up) در قبال دغدغه های ایمنی احساس راحتی می کنند و اعتماد بالایی در زمینه یادگیری از مشکلات برای ارتقا دارند.
- ✓ انصاف: افراد برای خطاهای با منشا سیستمی سرزنش یا تنبیه نمی شوند.

سطوح فرهنگ ایمنی بیمار

- ✓ سطح (۱): فرهنگ سازمانی بیمار (Pathological)، چرا وقتمان را روی ایمنی تلف کنیم!
- ✓ سطح (۲): فرهنگ سازمانی واکنشی (Reactive)، اگر اتفاقی بیفتد بالاخره یک کاری میکنیم!
- ✓ سطح (۳): فرهنگ سازمانی مبتنی بر سیستمها و ضوابط اداری (Bureaucratic)، سیستمهایی برای مدیریت ایمنی مستقر داریم.
- ✓ سطح (۴): فرهنگ سازمانی پیشگیرانه (Proactive)، همیشه نسبت به ریسکها هوشیاریم.
- ✓ سطح (۵): فرهنگ سازمانی مولد (Generative)، مدیریت خطر جز اصلی تمامی فعالیتهای سازمانی است.

نقش رهبری و مدیریت نسبت به ارتقا ایمنی بیماران

- ✓ التزام به اولویت بخشی، پشتیبانی و تامین منابع برنامه های ایمنی بیمار
- ✓ نگرش سیستمی در قبال بروز وقایع ناخواسته
- ✓ اجتناب از اتخاذ رویکرد فردی و سرزنش ناجبا و جلب مشارکت کارکنان در موضوعات ایمنی بیمار
- ✓ اقدامات اصلاحی و برنامه های بهبود کیفیت برای ارتقا ایمنی بیماران در مستندات مانند برنامه استراتژیک، برنامه های عملیاتی
- ✓ تایید کارکنان و بیماران در خصوص تعهد تیم رهبری و مدیریت بیمارستان به مدیریت ایمنی بیمار

نقش کارکنان نسبت به ارتقا ایمنی بیماران

- ✓ آگاهی کارکنان از مبانی و فرهنگ ایمنی بیمار
 - ✓ آگاهی کارکنان از نقش و مسئولیت خود در بیمارستان در ارائه خدمات ایمن
 - ✓ اولویت بخشی به ایمنی بیمار در پیوست ارائه خدمات توسط کارکنان
 - ✓ آگاهی کارکنان از روشهای اجرائی استاندارد ایمنی بیمار و تعهد به عمل بر اساس آن
 - ✓ عدم وجود فضای سرزنش بین کارکنان به خاطر درخواست کمک، پرسش و یا بروز خطای انسانی
- استفاده از مدل‌های رایج ایجاد فرهنگ ایمنی بیمار مانند هفت گام به سوی ایمنی بیمار (NHS Seven Steps)**

- ✓ ترویج ایجاد فرهنگ سازمانی عادلانه، ایمن و عاری از خطا
 - ✓ تبیین و تدوین اهداف معین و شفاف در ارتباط با موضوع ایمنی بیمار در بیمارستان و تاکید بر روی اجرای آنها
 - ✓ ایجاد سیستمها و فرآیندهای مناسب برای شناسایی و ارزیابی مخاطرات در بیمارستان
 - ✓ ارتقا سیستم گزارش دهی وقایع ناخواسته و اطمینان به کارکنان از سهولت و آسانی گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته در سطح بیمارستان
 - ✓ ایجاد و ترویج روشهای برقراری ارتباط باز و آزادانه با عموم مردم و جامعه و توجه به صحبت‌های بیماران
 - ✓ تشویق کارکنان به کسب تجربه در خصوص نحوه و چگونگی و علت وقوع اتفاقات ناخواسته با بکارگیری آنالیز علیتی
 - ✓ نهادینه نمودن تجارب کسب شده در فرآیند گزارش دهی وقایع و اتفاقات ناخواسته با ایجاد تغییر در نحوه ارائه خدمات فرآیندها و سیستمها
- هرشش ماه یکبار بیمارستان می تواند ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار را با استفاده از پرسشنامه معتبر و بومی برنامه ریزی و انجام دهد و پس از بررسی نتایج ارزیابی فرهنگ ایمنی بیمار در صورت نیاز، برنامه بهبود /اقدامات اصلاحی /پیشگیرانه، برنامه ریزی و انجام شود.

جدول ۸. A.2 بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.

بیانیه معیار	سطح معیار	A.2
A.2.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان تضمین می نماید که یکی از کارکنان ارشد واجد شرایط با اختیارات لازم به عنوان مسئول و پاسخگوی ایمنی بیمار منصوب گردیده است.	معیار الزامی	بیمارستان دارای برنامه ایمنی بیمار است.
A.2.2.1 بیمارستان گروه یا کمیته داخلی چند تخصصی دارد که وظیفه هدایت تمامی موارد مرتبط با ایمنی و خطرات درون بیمارستان را بر عهده دارد.		
A.2.2.2 برنامه ایمنی بیمار دارای زمانبندی ممیزی منظم (چهار بار در سال) است و از نتایج حاصله برای بهبود ارائه خدمات به بیماران استفاده می شود.		
A.2.2.3 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارشهای مربوط به فعالیتهای مختلف ایمنی یا خطرات را تهیه و در فواصل زمانی منظم (چهار بار در سال) در بین تمامی کارکنان توزیع و منتشر می نماید.		
A.2.2.4 خطرات مرتبط با ایمنی بیمار با رویکرد پیشگیرانه مدیریت می شوند.	معیار اساسی	
A.2.2.5 از چارچوب مدیریت خطر که شامل برنامه، خط مشی و سیستم ثبت موارد خطر است، برای شناسایی و کاهش احتمال رخداد وقایع ناخواسته و سایر مخاطرات تهدیدکننده ایمنی بیماران، همراهان و کارکنان استفاده می شود.		
A.2.2.6 جلسات کمیته مرگ و میر بیمارستان به صورت منظم دو بار در ماه برگزار می گردد.		
A.2.2.7 کارشناس مسئول ایمنی بیمار فرایندی را برای بهبود اثربخشی ارتباطات بین تمامی کارکنان طراحی و اجرا نموده است.		
A.2.3.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار گزارش فعالیتهای مختلف ایمنی بیمار را تهیه و به سازمانهای مربوطه خارج از بیمارستان ارسال می نماید.	معیار پیشرفته	

شرح وظایف مسئول ایمنی و کارشناس هماهنگ کننده ایمنی بیمار

در بیمارستانهای با بیش از ۱۶۰ تخت رئیس /مدیر عامل بیمارستان می تواند جهت فرد واجد شرایط به عنوان قائم مقام مسئول فنی در زمینه ایمنی بیمار با شرایط مندرج در فوق ابلاغ صادر نماید. در صورت صدور پروانه مسئولیت فنی برای رئیس / مدیرعامل بیمارستان، نیاز به ابلاغ جداگانه به عنوان مسئول ایمنی نمی باشد.

مسئول فنی /ایمنی بیمار از اعضای ثابت تیم رهبری و مدیریت بیمارستان بوده، در جلسات مربوطه حضور فعال دارد. همچنین مسئول فنی /ایمنی بیمار در کمیته های بیمارستانی حضور فعال دارد. حضور وی حداقل در کمیته های مرگ و میر و عوارض، انتقال خون، دارو و درمان، اخلاق پزشکی، الزامی است. مسئول ایمنی پاسخگوی تمامی موارد مرتبط با ایمنی اعم از ایمنی بیماران، مراجعین، کارکنان و بیمارستان است.

نکاتی در خصوص ابلاغ مسئول فنی /ایمنی بیمار

- ✓ صدور ابلاغ مسئول ایمنی بیمار توسط رئیس /مدیر عامل
- ✓ فعالیت مستقیم زیر نظر رئیس /مدیر عامل
- ✓ تفویض اختیار کامل در زمینه مسائل مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ ارائه گزارش موردی و ماهیانه وضعیت ایمنی بیمار مستقیماً به رئیس /مدیر عامل
- ✓ رونوشت ابلاغ به کلیه بخشها /واحدها و اطلاع کلیه کارکنان از آن

نکاتی در خصوص ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار

- ✓ صدور ابلاغ کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار توسط رئیس /مدیر عامل و با شرح وظایف به پیوست آن
- ✓ شرح وظایف توسط مسئول فنی /ایمنی بیمار پیشنهاد شده به تایید رئیس /مدیر عامل بیمارستان رسیده باشد
- ✓ فعالیت مستقیم زیر نظر مسئول فنی /ایمنی بیمار
- ✓ ارائه گزارش موردی و ماهیانه وضعیت ایمنی بیمار به مسئول فنی /ایمنی بیمار
- ✓ رونوشت ابلاغ به کلیه بخشها /واحدها و اطلاع کلیه کارکنان از آن

حداقلهای لازم در شرح وظایف کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار

- ✓ گزارش فعالیتهای به مسئول فنی /ایمنی و فعالیت زیر نظر وی
 - ✓ هماهنگی با مسئول فنی /ایمنی بیمار
 - ✓ بازدیدهای برنامه ریزی شده با مشارکت مسئولان بخشها/واحدها و مدیران مرتبط برای بررسی وضعیت ایمنی بیمار
 - ✓ بررسی مخاطرات و عوامل تهدید کننده ایمنی بیمار و اجرای راهکارها بر مبنای آن
 - ✓ نیاز سنجی از کارکنان بالینی و پشتیبانی جهت طراحی و برگزاری دوره های آموزشی مربوط به ایمنی بیمار
 - ✓ انجام ممیزیهای دوره ای ایمنی بیمار
 - ✓ مشارکت در تدوین شاخصهای ایمنی بیمار
 - ✓ پایش شاخصهای ایمنی بیمار و گزارش نتایج و تحلیل دوره ای موانع بازدارنده به مسئول فنی /ایمنی بیمار
 - ✓ حضور و مشارکت فعال در کمیته ها به ویژه کمیته مرگ و میر، انتقال خون و...
 - ✓ مشارکت در برنامه ریزی و ارتقا گزارش وقایع ناخواسته
 - ✓ هماهنگی برای برگزاری جلسات تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته
 - ✓ مشارکت با واحدها /بخشهای مرتبط در زمینه اقدامات اصلاحی خطاها و وقایع ناخواسته به منظور پیشگیری از وقوع مجدد وقایع مشابه
- کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار متمرکز بر برنامه های ایمنی بیمار بوده و اقدامات خود را با هماهنگی مسئول ایمنی بیمارستان انجام می دهد. بررسی و ارزیابی میزان استقرار فرهنگ ایمنی بیمار در بیمارستان در بازه زمانی معین و اقدام اصلاحی به منظور ارتقا آن توسط کارشناس هماهنگ کننده فعالیتهای ایمنی بیمار توصیه می شود.

برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار

Communication During Patient Hand-Over

تحویل مراقبت / اقدامات درمانی بیماران (Hand-Over) از یک تیم/فرد مسئول درمان به تیم/فرد دیگر یکی از مخاطره آمیزترین روش های اجرایی (Operation Procedure) در درمان است که اگر به خوبی صورت نپذیرد می تواند متضمن عواقب بالقوه خطرناکی برای بیماران، ارائه کننده خدمات سلامت و سازمان باشد. در یک دوره بیماری یا مراقبتی، بیمار می تواند به صورت بالقوه از تعداد کثیری از کارکنان و متخصصان خدمات سلامت در سطوح مختلف منجمله سطح اول، دوم و سوم و در زمان مراجعه به درمانگاه تخصصی، اورژانس، جراحی یا مراقبت ویژه، خدمات دریافت نماید. به علاوه بیماران بستری در طی شبانه روز در سه شیفت از کادری به کادری دیگر و از تیمی به تیم دیگر تحویل می گردند. در صورتی که برقراری ارتباط بین اعضای یک تیم یا تیم های مختلف خدمات سلامت به خوبی انجام نگیرد و اطلاعات کامل و صحیح مرتبط به بیماران تبادل نگردد، خطرات جدی بر بیماران تحمیل و این امر باعث عدم تداوم محور درمان، درمان نامناسب یا آسیب بالقوه به بیماران می شود.

تداوم درمان مبتنی بر تداوم اطلاعات می باشد. هدف اولیه در تحویل بیمار، انتقال اطلاعات بالینی در زمان انتقال مسئولیت به فرد یا تیم دیگر ارائه کننده خدمات سلامت است. کار شیفیتی بر انتقال اثر بخش اطلاعات به منظور حفظ ایمنی بیمار اتکاء دارد. در بررسی علل ریشه ای حوادث ناگوار گزارش شده به کمیسیون مشترک ایلات متحده امریکا در سال های ۱۹۹۵ تا ۲۰۰۶ نارسایی و نقص ارتباطی از مهم ترین عوامل بوده است. ۱۱ درصد از ۲۵۰۰۰ تا ۳۰۰۰۰ مورد، اتفاقات ناخواسته قابل اجتناب که منجر به معلولیت دائمی در استرالیا گردید، ناشی از مشکلات و معضلات برقراری ارتباط صحیح بوده است. برخی از مطالعات ۷۰ تا ۸۰ درصد اتفاقات ناخواسته را ناشی از مشکلات تعاملات بین فردی دانسته اند.

مهمترین فواید تحویل استاندارد بیماران

- ✓ حفظ ایمنی بیماران: با تحویل مطلوب بیماران، خطا کاهش می یابد و این امر منجر به کاهش معلولیت ها و مرگ می شود.
- ✓ افزایش میزان رضایتمندی بیماران از خدمات سلامت
- ✓ تداوم بیشتر درمان بیماران در طی محور سلامت - بیماری
- ✓ کاهش موارد تکراری، اجتناب از پرسش های تکراری
- ✓ استانداردسازی تحویل شیفت ها که موجب افزایش تفکر نقادانه و به حداقل رسانیدن زمان سپری شده کادر بالینی دور از بالین بیمار می شود

مهم ترین عوامل دخیل در خطاهای ناشی از ارتباطات حین تحویل بیماران

- ✓ عدم تاکید بر مشارکت بیماران و خانواده آنان در درمان خودشان در فرهنگ سنتی پزشکی
- ✓ تخصصی شدن خدمات سلامت (افزایش تعداد افراد و واحدهای درگیر در فرآیند درمان و مراقبت که خود از پیچیدگی بیشتر ارتباطات سیستمی است.)
- ✓ عدم آموزش مفاهیم کار تیمی و مهارت های برقراری ارتباطات و فقدان مدل های مناسب برای دانشجویان رشته های پزشکی و پیراپزشکی
- ✓ مشکلات ناشی از برقراری ارتباط بین کارکنان محلی و مهاجر و بیماران سایر کشورها

اصول و ضوابط تحویل بیماران:

به منظور تضمین ایمنی بیمار، باید با حضور کلیه اعضای تیم سلامت، اطلاعات مرتبط و کافی در خصوص بیماران مبادله شود تا:

- ✓ پزشکان ارشد، بیماران بدحال و ناپایدار را بهتر بشناسند.
 - ✓ اعضای کم سابقه تیم، نسبت به نگرانی همتایان خود در شیت قبلی، به خوبی آگاه شوند.
 - ✓ مراقبت‌ها و درمان‌هایی که هنوز به طور کامل انجام نشده‌اند، به تیم بعدی منتقل شوند.
- توجه داشته باشید که اگر در خاتمه، موارد زیر شفاف نشوند، تحویل بیماران، حائز ارزش زیادی نمی‌باشد:

- ✓ انجام اولویت‌بندی اقدامات درمانی برای بیمار
- ✓ نوشتن طرح درمانی آتی بیمار
- ✓ بررسی بیماران ناپایدار

الزامات تحویل مناسب بیماران:

- ✓ هماهنگ شدن شیفت‌ها
- ✓ اختصاص دادن زمان لازم
- ✓ شفاف بودن رهبری فرایند
- ✓ پشتیبانی تحویل بیماران توسط تکنولوژی اطلاعاتی مناسب
- ✓ داشتن خط مشی اختصاصی
- ✓ معین بودن زمان تحویل بیمار
- ✓ وجود زبان مشترک برای تبادل اطلاعات (مانند تکنیک ISBAR)
- ✓ مشارکت بیماران و خانواده‌هایشان جهت تضمین تداوم مراقبت

تکنیک ISBAR

برای اطمینان از تبادل اطلاعات مرتبط و پرهیز از ارائه اطلاعات غیر ضروری، اطلاعات مربوط به بیمار با بهره‌گیری از مدل ISBAR (Identify Situation, Background, Assessment, Recommendation) و بر طبق آخرین اطلاعات مندرج در پرونده و کاردکس، به شرح ذیل ارائه می‌شود:

۱. مشخصات: (Identify) شناسایی هویت بیمار بر اساس دستورالعمل شناسایی صحیح بیماران تاریخ پذیرش/ تاریخ جراحی، تشخیص و پزشک معالج
۲. وضعیت: (Situation) ارائه اطلاعات مربوط وضعیت فعلی بیمار شامل وضعیت ذهنی، راه هوایی و اکسیژناسیون، گردش خون و همودینامیک، پوست و زخم فشاری، گوارش و تغذیه، راه وریدی و کاتترها، وضعیت حرکتی و محدودیت های بیمار مانند محدودیت در دریافت مواد غذایی از راه دهان، رژیم غذایی
۳. تاریخچه: (Background) شرح بیماریهای زمینه‌ای، سابقه پزشکی و داروهای مصرفی بیمار به اختصار

۴. بررسی (Assessment): ارائه یافته های مربوط به ارزیابی علائم حیاتی، درد، میزان خطر سقوط و زخم فشاری
۵. توصیه ها و پیگیری ها (Recommendation): پیشنهاد و توصیه برای اقدامات بعدی و آنچه در مراحل بعد نیاز به تکمیل، پیگیری یا انجام دارد مثل اجرای دستورات دارویی، انجام پروتکل سقوط و زخم فشاری و سایر موارد قابل گزارش و پیگیری مشاوره ها، آزمایشات، گرافی ها

جهت تأمین کیفیت مطلوب و مبتنی بر استاندارد در هنگام تحویل بیمار باید اصول زیر که بر گرفته از اصول CUBAN است در تمامی موارد تحویل کلامی بیمار رعایت شود :

۱. اصل محرمانگی Confidentiality

در زمان تحویل بالینی بیمار به اطلاعات حساس و محرمانه بیمار توجه شود. این اطلاعات باید در محیطی دور از بالین بیمار و با صدای آهسته تبادل گردد. همچنین این قبیل اطلاعات نباید به خارج از محدوده بیمارستان و محیط درمان انتقال یابد. اطلاعات حساس و محرمانه بیمار می تواند شامل نتایج مثبت آزمایشاتی مانند HIV ، بیماری های قابل انتقال مانند هپاتیت، اختلالات روان، قرار داشتن بیمار در گروه پر خطر اجتماعی (کودک آزاری/ دختران فراری/ بارداری غیر متعارف/ زنان رها شده، نوزادان رها شده خشونت علیه زنان، سالمندان، معلولان/ اقدام به خودکشی) و سایر مواردی که بیمار می خواهند محرمانه بماند. جهت حفظ حریم بیمار و حفظ اسرار آنها فرایند تحویل در بعضی از موارد می تواند خارج از اتاق بیمار انجام شود.

۲. توالی و پیوستگی در ارائه گزارش Uninterrupted

تحویل بیمار باید در محیطی آرام و بدون ایجاد وقفه انجام شود. در این زمینه می بایست شروع فرایند تحویل نوبت کاری به موقع و در زمان تعیین شده از قبل آغاز شود.

۳. خلاصه بودن گزارش Brife

انتقال اطلاعات باید تا حد امکان به اطلاعات ضروری و مرتبط با وضعیت درمانی محدود گردد و از ارائه اطلاعات با حجم زیاد خودداری شود.

۴. صحت و دقت اطلاعات Accuracy

باید اطمینان حاصل شود که تمام اطلاعات انتقال یافته در فرایند تحویل صحیح و دقیق بوده و در مورد هیچ بیماری سهل انگاری در حیطه انتقال اطلاعات نشده است. اطلاعات مراقبتی باید در ابتدا و انتهای هر نوبت کاری، به روز رسانی شده، شفاف و مختصر باشد و اطلاعات نباید با استفاده از لهجه خاص و یا اصطلاحات غیر معمول انتقال یابد.

۵. پرستار مسئول بیمار Named Nurse

بر اساس رعایت اصل استمرار مراقبت ضروری است پرستار مسئول بیمار تحویل بیمار را انجام دهد.

دستورات تلفنی (Tel orders)

دستورات تلفنی، بهتر است فقط در مواقع اورژانس و وضعیت بحرانی صادر شود.

۱. بر اساس شیوه مراقبت موردی، پرستار مسئول هر بیمار مسئولیت تمامی اقدامات پرستاری مربوط به آن بیمار را بر عهده دارد، بنابراین پرستار مسئول هر بیمار مسئول اخذ دستور تلفنی آن بیمار نیز می باشد.
۲. در صورت وجود برنامه مقیمی، دستورات تلفنی قابلیت اجرا ندارد و پزشک مقیم بعد از اطلاع نتایج اقدامات پاراکلینیکی و یا وضعیت بیمار، بایستی بلافاصله بر بالین بیمار حاضر و اقدام به ارزیابی و یا صدور دستورات درمانی و مراقبتی نماید.
۳. دستور تلفنی و شفاهی در خصوص داروها با تلفظ (آوای) مشابه و موارد پرخطر بایستی محدود گردد.
۴. لازم است در مستندسازی دستورات تلفنی در برگ دستورات پزشک، موارد زیر لحاظ شود:
 - ✓ ساعت و تاریخ تماس تلفنی یا دستور شفاهی (بر حسب قبل و بعد از ظهر)
 - ✓ نام و عنوان پزشک ارائه دهنده دستور
 - ✓ متن دستور تلفنی (کلمه به کلمه طبق گفته پزشک)، نام بیماری که درخواست یا دستور مورد نظر باید در مورد وی اجرا شود و نام و امضاء پرستار شاهد
 - ✓ نام و امضای پرستار دریافت کننده دستور
 - ✓ امضای نهایی پزشک دستور دهنده حداکثر ۲۴ ساعت پس از دستور شفاهی

جدول ۹. A.3 بیمارستان از داده ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می نماید.

بیانیه معیار	سطح معیار	A.3
A.3.2.1 کارشناس مسئول ایمنی بیمار از داده های جمع آوری شده در طی فرایند اندازه گیری برای تنظیم برنامه عملیاتی و اجرای پروژه های بهبود ایمنی بیمار استفاده می نماید.	معیار اساسی	بیمارستان از داده ها به منظور بهبود ایمنی ارائه خدمات استفاده می نماید.
A.3.2.2 کارشناس مسئول ایمنی بیمار توسط مجموعه ای از شاخص های فرایندی و برون ده نحوه عملکرد بیمارستان را با تأکید ویژه بر ایمنی بیمار ارزیابی می نماید.		
A.3.3.1 بیمارستان شاخص های ایمنی بیمار خود را در طول زمان با سایر «بیمارستانهای دوستدار ایمنی بیمار» و/یا با بهترین نحوه ارائه خدمت در سطح بین المللی مقایسه می نماید.	معیار پیشرفته	

جدول ۱۰. A.4 بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.

بیانیه معیار	سطح معیار	A.4
A.4,1,1 مدیریت ارشد بیمارستان وجود تجهیزات و لوازم ضروری با عملکرد مطلوب را در همه بخش ها و واحدهای بیمارستان تضمین می نماید.	معیار الزامی	بیمارستان جهت ارائه خدمات دارای وسایل و تجهیزات ضروری با کارکرد مناسب است.
A.4,2,1 برنامه نگهداشت با رویکرد پیشگیرانه جهت بررسی، تست و کالیبراسیون همه تجهیزات و دستگاهها وجود دارد.	معیار اساسی	
A.4,2,2 سیستمی برای تعمیر یا تعویض منظم دستگاهها و تجهیزات معیوب و خراب از جمله فراخوان تجهیزات یا اعلام هشدار وجود دارد.		
A.4,2,3 بیمارستان تضمین می نماید که کارکنان، آموزشهای متناسب برای کار با همه دستگاهها و تجهیزات ضروری از جمله تجهیزات پزشکی را دریافت می نمایند و فقط افراد واجد صلاحیت و آموزش دیده اجازه کار با تجهیزات تخصصی را دارند.		

جدول ۱۱. A.5 مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل، برای ارائه خدمات ایمن در تمامی شیفتهای کاری اطمینان حاصل می نماید.

بیانیه معیار	سطح معیار	A.5
A.5,1,1 مدیریت ارشد بیمارستان تأمین تعداد کافی کارکنان واجد صلاحیت را در تمامی شیفت های کاری جهت ارائه خدمات ایمن به بیماران تضمین می نماید.	معیار الزامی	مدیریت ارشد بیمارستان از وجود کارکنان شایسته و واجد صلاحیت، از جمله پزشکان و نیروهای داوطلب مستقل، برای ارائه خدمات ایمن در تمامی شیفتهای کاری اطمینان حاصل می نماید.
A.5,1,2 فرایندی مشخص و تعریف شده برای حصول اطمینان از این که کلیه کارکنان بالینی دارای گواهی صلاحیت حرفه ای معتبر از مراجع ذی ربط هستند، وجود دارد.		
A.5,2,1 سیستمی برای نظارت مداوم بر سطوح صلاحیت همه کارکنان بالینی، از جمله کادر بالینی و نیروی داوطلب مستقل وجود دارد.	معیار اساسی	
A.5,2,2 بیمارستان دارای برنامه پیشگیری از خشونت در محل کار است.		
A.5,2,3 مطابق با قوانین کشوری کار و باهدف ارائه خدمات ایمن، به کارکنان اجازه داده می شود که در شیفتهای کاری خود فرجه استراحت کافی داشته باشند.		
A.5,2,4 دانشجویان و کارآموزان در حیطه مهارت و صلاحیتهای خود تحت نظارت مناسب، ارائه خدمت می نمایند.		
A.5,2,5 برنامه بهداشت حرفه ای برای کلیه کارکنان اجرا می شود.		
A.5,2,6 بیمارستان به منظور تضمین انجام تزریقات ایمن سیستمی فعال دارد.		

جدول ۱۲. A.6 بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی ارائه خدمات ارائه شده برای همه بخش ها است .

بیانیه معیار	سطح معیار	A.6
A.6.2.1 فرایندی منسجم برای تدوین و کنترل همه مستندات، خط مشی ها و روش های اجرایی در تمامی بخشها وجود دارد.	معیار اساسی	بیمارستان دارای نظام مدیریت اطلاعات جهت پشتیبانی از ایمنی ارائه خدمات ارائه شده برای همه بخش ها است .
A.6.2.2 بیمارستان برای هر بیمار، یک پرونده پزشکی استاندارد با یک شناسه اختصاصی تهیه و نگهداری مینماید.		
A.6.2.3 بیمارستان از کدهای استاندارد برای طبقه بندی تشخیص بیماری ها و پروسیجرهای بالینی استفاده می نماید.		
A.6.2.4 بیمارستان تضمین می نماید که پرونده های پزشکی در محیطی امن نگهداری می شوند و در صورت نیاز، به راحتی در دسترس ارائه دهندگان خدمات سلامت قرار دارند.		

دستورالعمل مستندسازی پرونده پزشکی

پرونده پزشکی سند معتبری است که امکان ارزیابی کمیت و کیفیت خدمات، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت، انتقال مناسب اطلاعات میان تمامی واحدها و مراکز ارائه دهنده خدمت و استمرار مراقبت در طول دوره بستری و پس از آن را فراهم می نماید.

پرونده پزشکی به عنوان زیر بنای ثبت تمام استانداردهای ارائه خدمت به بیمار؛ در پشتیبانی حقوقی از بیمار، بیمارستان و ارائه دهندگان مراقبت، ارتقای پژوهش و مدیریت کیفیت خدمات و بازپرداخت هزینه ها نقش دارد.

هدف کلی:

هدف ارتقای کیفیت مستندات پرونده پزشکی و به تبع آن ارتقای کیفیت خدمات در حوزه سلامت در راستای تضمین ایفای حقوق، گیرندگان و ارائه دهندگان خدمت تنظیم شده است.

اهداف اختصاصی:

۱. ایجاد بستری مناسب جهت توصیف خدمات ارائه شده به بیمار، برقراری ارتباط موثر میان ارائه دهندگان خدمت و تدوین دقیق طرح مراقبت از بیمار
۲. ایجاد مستندات قانونی در مورد ضرورت و کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار، صیانت از حقوق بیمار و پشتیبانی از تصمیمات حرفه ای ارائه دهندگان خدمت
۳. تضمین بازپرداخت خدمات ارائه شده به بیمار
۴. ایجاد منابع غنی اطلاعاتی به منظور تقویت آموزش و پژوهش در حوزه پزشکی و حرف وابسته

گروه مستند سازان پرونده پزشکی بیمار در مراکز درمانی شامل:

- ✓ ارایه دهندگان خدمات اعم از پزشکان، پرستاران، ماماها و سایر گروه های مرتبط شامل رادیولوژی، آزمایشگاه، پاتولوژی، فیزیوتراپی و....
- ✓ کارشناسان مدیریت اطلاعات بهداشت و درمان
- ✓ کارشناسان امور ترخیص

اصول کلی مستندسازی پرونده پزشکی

۱. کلیه خدمات ارایه شده به بیمار اعم از بستری، سرپایی و اورژانس باید در پرونده پزشکی با شماره واحد و منحصر به فرد ثبت و ضبط گردد.
۲. تمامی فرم های اصلی پرونده بیمار بستری، سرپایی و یا اورژانس و نیز فرم های اختصاصی مورد نیاز بر حسب نوع خاص بیماری و اقدامات خاص درمانی باید در پرونده پزشکی وی موجود باشد.
✚ با توجه به یکسان سازی فرم های اصلی پرونده پزشکی از سوی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و ارائه آن به کلیه دانشگاهها و دانشکده ها، لازم است در کلیه بیمارستانها و مراکز جراحی محدود از فرم های مذکور استفاده شود. هرگونه تغییر، اختصاصی سازی، حذف و جایگزینی این فرم ها در سطح دانشگاه یا بیمارستان مجاز نبوده و پیشنهادات دانشگاهها در این خصوص باید به وزارت متبوع ارسال گردد.
۳. تمامی اطلاعات موجود در پرونده باید با خط خوانا و واضح و به رنگ مشکی یا آبی ثبت شوند. در صورتی که مورد ثبت شده قابل خواندن نباشد، نویسنده باید آن را در اولین فضای خالی موجود بازنویسی و مستند نموده و با زدن تاریخ تعیین نماید که مورد ثبت شده به چه مطلبی در ثبت اولیه باز می گردد.
- ✚ مستندسازی پرستاری به هنگام چک دستورات پزشک و ترسیم چارت علایم حیاتی با هدف پیشگیری از فراموشی یا از قلم افتادن دستور تجویزی پزشک، برجسته نمودن وضعیت غیرطبیعی بیمار و در مجموع تامین ایمنی بیمار و پاسخگویی پرستار در برابر خدمات ارایه شده؛ از قاعده رنگ خودکار مذکور در بند ۳ مستثنی می باشد.
۴. کلیه عناصر اطلاعاتی در تمامی فرم ها باید تکمیل گردد. برخی از عناصر اطلاعاتی موجود در فرم های پرونده پزشکی ممکن است در مواردی کاربرد نداشته باشند. در چنین مواردی از واژه "کاربرد ندارد (Not Applicable)" یا اختصار آن (N/A) استفاده شود.
۵. اطلاعات هویتی بیمار باید در سربرگ تمامی فرم ها به درستی و به طور کامل ثبت گردد.
✚ ثبت حداقل اطلاعات هویتی سربرگ ها (نام و نام خانوادگی بیمار و شماره پرونده) به عهده اولین فردی می باشد که محتوای فرم را مستند می نماید. تکمیل سایر اطلاعات سربرگ و کنترل نهایی ثبت اطلاعات در سربرگ ها به عهده منشی بخش می باشد.

۶. کلیه مستندات موجود در پرونده باید حاوی تاریخ کامل (روز، ماه و سال) و ساعت ثبت باشد.
- + ثبت ساعت در قالب بازه زمانی یا شیفت کاری توصیه نمی شود. گزارش شیفت پرستاری که معمولاً در انتهای هر شیفت کاری ثبت می گردد، از این تبصره مستثنی است؛ ولی اقدامات غیر روتین و اورژانسی از جمله CPR، پیگیری ویزیت و مشاوره و ... در گزارش هر شیفت پرستاری باید با ذکر دقیق ساعت ثبت گردد.
 - + هر اقدام، آزمایش، معاینه یا وقوع هر اتفاقی بلافاصله پس از انجام باید ثبت گردد. ثبت هیچ موردی نباید به آینده موکول گردد. هم چنین لازم است مستند سازی وقایع بر حسب ترتیب زمان رخداد آنها صورت گیرد.
 - + در الصاق EKG و آزمایشات به فرم الصاق در پرونده بیمار، تاریخ اقدام مربوطه قبل از الصاق، در ردیف مربوطه درج گردد.
 - + ثبت تاریخ، قبل یا بعد از تاریخ واقعی غیر قانونی و غیر اخلاقی است.
۷. هر یک از موارد ثبت شده در پرونده پزشکی باید توسط نویسنده آن تایید گردد. تایید نهایی مستندات، با ذکر نام و نام خانوادگی، عنوان فرد مستندساز، و مهر و امضاء صورت گیرد.
- + در مراکز آموزشی درمانی، تأیید هر نوع پروسیجر تشخیصی درمانی مستند شده برای بیمار، باید توسط پزشک معالج (اتند) صورت گیرد. پزشک اتند در صورت عدم موافقت با پروسیجر ثبت شده، یافته ها و مشاهدات و نظرات خود را مستند و امضا نماید.
۸. کلیه مستندات به زبان تخصصی ثبت شود و از به کارگیری عبارات مبهم، کلی و عامیانه خودداری گردد. علائم و نشانه ها به طور دقیق توصیف شوند. هنگام نقل قول از بیمار از علامت "....." استفاده شده و واکنش بیمار به درمان مستند گردد.
۹. در صورت استفاده از کلمات لاتین، از املای صحیح و کلمات کامل استفاده گردد. در ثبت تشخیص نهایی، اقدامات، علل خارجی حوادث، علت فوت، خلاصه ترخیص و شرح عمل جراحی حتی الامکان از اختصارات استفاده نگردد. در صورت به کارگیری اختصارات استاندارد در ثبت عبارات، درج عبارت کامل در اولین ثبت عبارت (قبل از اختصار) الزامی می باشد.

حیطه B. مشارکت بیماران و جامعه

جدول ۱۳. حیطه B. مشارکت بیماران و جامعه

تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۰	۴	۰	B.1 برنامه ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.	حیطه B: استانداردهای مشارکت بیمار و جامعه
۲	۷	۱	B.2 بیمارستان، آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.	
۱	۲	۱	B.3 بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می نماید .	
۲	۲	۰	B.4 بیمارستان در فعالیتهای مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می دهد .	
۰	۲	۰	B.5 بیمارستان، حوادث تهدید کننده ایمنی که برای بیمار رخ داده است را با وی و مراقبین او در میان می گذارد.	
۲	۲	۰	B.6 بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه هایشان تشویق می کند و براساس دغدغه ها و شکایات بیماران عمل می نماید.	
۰	۳	۰	B.7 بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.	
۷	۲۲	۲	کل	

جدول ۱۴. B.1. برنامه ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.1
B.1,2,1 بیمارستان، منشور حقوق بیمار دارد که در دسترس همه بیماران، خانواده ها و ملاقات کنندگان آنها قرار دارد.	معیار اساسی	برنامه ای برای حفظ حقوق بیماران تدوین شده که ایمنی بیمار در آن لحاظ شده است.
B.1,2,2 ایمنی بیمار در منشور حقوق بیمار لحاظ شده است.		
B.1,2,3 فرایندی مستند برای مواجهه با وضعیتی که بیماران از دریافت درمان خودداری می نمایند، وجود دارد.		
B.1,2,4 بیمارستان بیماران را از مسئولیت هایشان در طی فرایند درمان مطلع می نماید.		

منشور حقوق بیمار

۱) دریافت مطلوب خدمات سلامت حق بیمار است

ارائه خدمات سلامت باید:

- ۱,۱) شایسته شان و منزلت انسان و با احترام به ارزش‌ها، اعتقادات فرهنگی و مذهبی باشد.
- ۱,۲) بر پایه صداقت، انصاف، ادب و همراه با مهربانی باشد.
- ۱,۳) فارغ از هرگونه تبعیض از جمله قومی، فرهنگی، مذهبی، نوع بیماری و جنسیتی باشد.
- ۱,۴) براساس دانش روز باشد.
- ۱,۵) مبتنی بر برتری منافع بیمار باشد.
- ۱,۶) در مورد توزیع منابع سلامت مبتنی بر عدالت و اولویت‌های درمانی بیماران باشد.
- ۱,۷) مبتنی بر هماهنگی ارکان مراقبت اعم از پیگیری، تشخیص، درمان و توانبخشی باشد.
- ۱,۸) به همراه تامین کلیه امکانات رفاهی پایه و ضروری و به دور از تحمیل درد و رنج و محدودیت‌های غیرضروری باشد.
- ۱,۹) توجه ویژه‌ای به حقوق گروه‌های آسیب پذیر جامعه از جمله کودکان، زنان باردار، سالمندان، بیماران روانی، زندانیان، معلولان ذهنی و جسمی و افراد بدون سرپرست داشته باشد.
- ۱,۱۰) در سریع‌ترین زمان ممکن و با احترام به وقت بیمار باشد.
- ۱,۱۱) با در نظر گرفتن متغیرهایی چون زبان، سن و جنس گیرندگان خدمت باشد.
- ۱,۱۲) مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، بدون توجه به تامین هزینه آن صورت گیرد. در موارد غیر فوری (الکتیو) بر اساس ضوابط تعریف شده باشد.
- ۱,۱۳) در مراقبت‌های ضروری و فوری (اورژانس)، در صورتی که ارائه خدمات ممکن نباشد، لازم است پس از ارائه خدمات ضروری و توضیحات لازم، زمینه انتقال بیمار به واحد مجهز فراهم گردد.
- ۱,۱۴) در مراحل پایانی حیات که وضعیت بیماری غیر قابل برگشت و مرگ بیمار قریب الوقوع است، خدمات بهداشتی با هدف حفظ آسایش، کاهش درد و رنج بیمار، توجه به نیازهای روانی، اجتماعی، معنوی و عاطفی وی و خانواده‌اش در زمان احتضار باشد. بیمار در حال احتضار حق دارد در آخرین لحظات زندگی خویش با فردی که می‌خواهد همراه گردد.

۲) اطلاعات باید به نحو مطلوب و به میزان کافی در اختیار بیمار قرار گیرد.

۲,۱) محتوای اطلاعات باید شامل موارد زیر باشد:

- ۲,۱,۱) مفاد منشور حقوق بیمار در زمان پذیرش
- ۲,۱,۲) ضوابط و هزینه‌های قابل پیش بینی بیمارستان اعم از خدمات درمانی و غیردرمانی و ضوابط بیمه معرفی سیستم‌های حمایتی در زمان پذیرش
- ۲,۱,۳) نام، مسئولیت و رتبه حرفه‌ای اعضای گروه پزشکی مسئول ارائه مراقبت از جمله پزشک، پرستار و دانشجو و ارتباط حرفه‌ای آنها با یکدیگر
- ۲,۱,۴) روش‌های تشخیصی و درمانی و نقاط ضعف و قوت هر روش و عوارض احتمالی آن، تشخیص بیماری، پیش‌آگهی و

عوارض آن و نیز کلیه اطلاعات تاثیرگذار در روند تصمیم گیری بیمار

۲،۱،۵) نحوه دسترسی به پزشک معالج و اعضای اصلی گروه پزشکی در طول درمان

۲،۱،۶) کلیه اقداماتی که ماهیت پژوهشی دارند.

۲،۲) نحوه ارائه اطلاعات باید به صورت ذیل باشد:

۲،۲،۱) اطلاعات باید در زمان مناسب و متناسب با شرایط بیمار از جمله اضطراب و درد و ویژگی‌های فردی وی از جمله زبان،

تحصیلات و توان درک در اختیار وی قرار گیرد، مگر اینکه:

- تاخیر در شروع درمان به واسطه ارائه اطلاعات فوق سبب آسیب به بیمار گردد؛ در این صورت انتقال اطلاعات پس از اقدام ضروری باید در اولین زمان مناسب انجام شود.

- بیمار به رغم اطلاع از حق دریافت اطلاعات از این امر امتناع نماید که در این صورت باید خواست بیمار محترم شمرده شود، مگر اینکه عدم اطلاع بیمار، وی یا سایرین را در معرض خطر جدی قرار دهد.

۲،۲،۲) بیمار می‌تواند به کلیه اطلاعات ثبت شده در پرونده بالینی خود دسترسی داشته باشد و تصویر آن را دریافت نموده و تصحیح اشتباهات مندرج در آن را درخواست نماید.

۳) حق انتخاب و تصمیم گیری آزادانه بیمار در دریافت خدمات سلامت محترم شمرده شود.

۳،۱) محدوده انتخاب و تصمیم گیری درباره موارد ذیل است:

۳،۱،۱) انتخاب پزشک معالج و مرکز ارائه کننده خدمات سلامت در چارچوب ضوابط؛

۳،۱،۲) انتخاب و نظرخواهی از پزشک دوم به عنوان مشاور؛

۳،۱،۳) شرکت یا عدم شرکت در هر گونه پژوهش یا اطمینان از این که تصمیم‌گیری وی تاثیری در تداوم و نحوه دریافت خدمات سلامت نخواهد داشت؛

۳،۱،۴) قبول یا رد درمان‌های پیشنهادی پس از آگاهی از عوارض احتمالی ناشی از پذیرش یا رد آن مگر در موارد خودکشی یا مواردی که امتناع از درمان، شخص دیگری را در معرض خطر جدی قرار می‌دهد؛

۳،۱،۵) اعلام نظر قبلی بیمار در مورد اقدامات درمانی آتی در زمانی که بیمار واجد ظرفیت تصمیم‌گیری است ثبت شود و به عنوان راهنمای اقدامات پزشکی در زمان فقدان ظرفیت تصمیم‌گیری وی با رعایت موازین قانونی مدنظر ارائه‌کنندگان خدمات سلامت و تصمیم‌گیرنده جایگزین بیمار قرار گیرد.

۳،۲) شرایط انتخاب و تصمیم‌گیری شامل موارد زیر است:

۳،۲،۱) انتخاب و تصمیم‌گیری بیمار باید آزادانه و آگاهانه، مبتنی بر دریافت اطلاعات کافی و جامع (مذکور در بند دوم) باشد؛

۳،۲،۲) پس از ارائه اطلاعات، زمان لازم و کافی به بیمار برای تصمیم‌گیری و انتخاب داده شود.

۴) ارائه خدمات سلامت باید مبتنی بر احترام به حریم خصوصی بیمار (حق خلوت) و رعایت اصل رازداری باشد.

۴،۱) رعایت اصل رازداری راجع به کلیه اطلاعات مربوط به بیمار الزامی است؛ مگر در مواردی که قانون آن را استثنا کرده باشد؛

۴،۲) در کلیه مراحل مراقبت اعم از تشخیص و درمانی باید به حریم خصوصی بیمار احترام گذاشته شود. ضروری است به این منظور کلیه امکانات لازم جهت تضمین حریم خصوصی بیمار فراهم گردد.

۴,۳) فقط بیمار و گروه درمانی افراد مجاز از طرف بیمار و افرادی که به حکم قانون مجاز تلقی می شوند می توانند به اطلاعات دسترسی داشته باشند.

۴,۴) بیمار حق دارد در مراحل تشخیصی از جمله معاینات، فرد معتمد خود را همراه داشته باشد. همراهی یکی از والدین کودک در تمام مراحل درمان حق کودک است، مگر اینکه این امر برخلاف ضرورت های پزشکی باشد.

۵) دسترسی به نظام کارآمد رسیدگی به شکایات حق بیمار است.

۵,۱) هر بیمار حق دارد در صورت ادعای نقض حقوق خود که موضوع این منشور است، بدون اختلال در کیفیت دریافت خدمات سلامت به مقامات ذی صلاح شکایت کند؛

۵,۲) بیماران حق دارند از نحوه رسیدگی و نتایج شکایات خود آگاه شوند.

۵,۳) خسارت ناشی از خطای ارائه کنندگان خدمات سلامت باید پس از رسیدگی و اثبات، مطابق مقررات در کوتاه ترین زمان ممکن جبران شود.

جدول ۱۵. B.2 بیمارستان آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.2
B.2.1.1 رضایت آگاهانه قبل از هر اقدامی که نیاز به رضایت آگاهانه دارد، توسط کارکنان ذی صلاح به روش و زبانی که برای بیمار یا قیم قانونی وی قابل درک باشد، اخذ می شود.	معیار الزامی	بیمارستان آگاهی بیماران و مراقبین آنها را در زمینه سلامت افزایش می دهد تا آنها را در اتخاذ تصمیم صحیح در مورد نحوه درمان خود توانمند سازد.
B.2.2.1 بیمارستان آموزش هایی را برای مشارکت بیمار و خانواده وی در برنامه ریزی و تصمیم گیری برای درمان و موضوعات عمومی مرتبط با ایمنی بیمار ارائه می دهد.	معیار اساسی	
B.2.2.2 تمامی بیماران اطلاعات کامل و روزآمد مرتبط با تشخیص و درمان خود را از پزشک معالج شان دریافت می نمایند.		
B.2.2.3 بیمارستان به بیمار و مراقبین بیمار در مورد نحوه مراقبت های پس از ترخیص آموزش می دهد.		
B.2.2.4 در زمان پذیرش، تاریخچه پزشکی، برنامه درمانی و نیازهای بیمار ارزیابی شده و در پرونده پزشکی ثبت می شوند.		
B.2.2.5 هنگام ترخیص، خلاصه ای دقیق از ترخیص یا ارجاع بیمار به اطلاع وی و پزشک اولیه / ارجاع دهنده ایشان رسانده می شود.		
B.2.2.6 روش های آموزش سلامت فرهنگ، ارزشها و ترجیحات بیماران و خانواده ایشان را مورد توجه قرار می دهند.		
B.2.2.7 بیماران نسبت به ارائه نظر در خصوص سه چالش جهانی سازمان جهانی بهداشت در خصوص ایمنی بیمار (خدمات تمیز، خدماتی ایمن تر است - جراحی ایمن نجات بخش جان انسان ها میباشد - دارو درمانی بدون آسیب) آگاه و تشویق می شوند.	معیار پیشرفته	
B.2.3.1 بیمارستان بیماران را تشویق می نماید تا در برنامه ریزی و تصمیم گیری در امور مرتبط با درمان خود از جمله ترخیص یا ارجاع مشارکت نمایند.		
B.2.3.2 بیمارستان توصیه هایی در خصوص ایمنی بیمار از طریق رسانه های متعدد، از جمله مطالب آموزشی مکوب، رسانه های اجتماعی و وبسایت با دسترسی عموم ارائه میدهد.		

الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی

اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی اعمالی است که مستلزم ایجاد شکاف روی پوست، یا تعبیه ی دستگاه یا وسیله یا مواد خارجی در داخل بدن می باشد. قبل از اقدامات تشخیصی درمانی تهاجمی، در خصوص محاسن، مخاطرات، عوارض احتمالی روش درمانی پیشنهادی پزشک، عواقب ترک درمان پیشنهادی و سایر موارد درمانی جایگزین، مانند درمان غیرتهاجمی با توجه به میزان اثربخشی و ریسک آنها توسط پزشکان و انجام دهندگان پروسیجرها توضیحات و آموزش های لازم و قابل درک، در اختیار بیمار یا ولی قانونی وی، با رعایت مدت زمانی که امکان انتخاب و تصمیم گیری آزادانه برای ایشان فراهم باشد، ارائه داده و رضایت آگاهانه اخذ می شود. ملاک استقرار این سنجه علاوه بر مصادیق ذکر شده میزان درک بیمار و کفایت اطلاعات ارائه شده در خصوص بیماری، اقدامات تشخیصی و درمانی، داوطلبانه بودن رضایتهای اخذ شده توسط فرد واجد صلاحیت و در نهایت تصمیم گیری آزادانه بیمار است. فهرست اقدامات تشخیصی درمانی که نیاز به اخذ رضایت آگاهانه دارند، بایستی با مشارکت و اجماع پزشکان و مسئول ایمنی بیمار و مطابق دستورالعمل ابلاغی الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسیجرهای) تهاجمی شناسایی و تدوین شود. معمولا اخذ رضایت آگاهانه برای بیماران تحت اقدامات تشخیصی و درمانی تهاجمی و قبل از انجام مداخلات جراحی، اسکوپ، شوک درمانی، پرتو درمانی، پرتو تشخیصی، شیمی درمانی، آنژیوگرافی، بیهوشی و آرام بخشی متوسط تا عمیق و استفاده از خون و فرآورده های خونی انجام می شود. انجام رضایت آگاهانه در بیماران همو دیالیزی، دیالیز صفاقی، پلاسما فروز، شیمی درمانی بایستی مطابق دستورالعمل ابلاغی صورت پذیرد. با توجه به اینکه خدمت دیالیز جز اقدامات درمانی تهاجمی می باشد لازم است در ابتدای تشکیل پرونده از بیمار یا ولی قانونی وی جهت ارائه خدمت دیالیز رضایت آگاهانه اخذ گردد. در موارد اورژانس (اختلالات هوشیاری، و شرایط تهدید کننده حیات بیمار) نیاز به اخذ رضایت آگاهانه قبل از اقدام مداخلات درمانی حیات بخش نیست.

نکاتی مهم در خصوص رضایت آگاهانه

۱. رضایت آگاهانه از حقوق گیرنده خدمت بوده و به هیچ وجه جایگزین یا معادل برائت از عواقب ارائه خدمات تشخیصی و درمانی نیست.
۲. مدت اعتبار هر رضایت آگاهانه در مورد عمل جراحی یا پروسیجر تهاجمی معادل با حداکثر ۳۰ روز می باشد.
۳. هر لحظه ای که بیمار بخواهد می تواند رضایت خود را پس بگیرد.
۴. اخذ رضایت از بیماران جهت اقدامات حیاتی و اضطراری در وضعیتهای تهدیدکننده زندگی قبل از انجام پروسیجر الزامی نیست.
۵. گذاردن سوند فولی، باز کردن راه وریدی محیطی، گذاردن لوله معده، تزریق وریدی از پروسیجرهای تهاجمی محسوب نمی شود.
۶. پروفیلاکسی بیماری بعد از مواجهه و پروفیلاکسی قبل یا حین عمل جراحی نیاز به اخذ رضایت آگاهانه ندارد.
۷. از بیمارانی که تحت برنامه های درمانی خاص نظیر شیمی درمانی، ترانسفوزیون مکرر خون، پلاسما فروز، دیالیز صفاقی و دیالیزخونی، به شرط ثابت ماندن شرایط می توان یک بار در ابتدای شروع دوره درمانی رضایت گرفت، این رضایت نامه

مشروط بر عدم تغییر در شرایط بیمار، نحوه درمان، روش های درمانی جایگزین، احتمال خطر و منافع ناشی از روش درمانی، عدم تغییر ظرفیت بیمار برای رعایت دادن و پس نگرفتن رعایت قبلی از سوی خود بیمار به مدت یک سال اعتبار دارد.

✚ حداقل اطلاعات ضروری قبل از اخذ رضایت آگانه که بایستی به بیماران ارائه شود

۱. نام، سمت، صلاحیت فنی و تجربه کادر خدمات سلامت ارائه کننده مراقبت و درمان
۲. روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج
۳. محاسن و میزان اثربخشی روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج و روشهای جایگزین اعم از تهاجمی و غیرتهاجمی و مقایسه آنها
۴. مخاطرات روش درمانی پیشنهادی پزشک معالج با توعیح میزان ریسک و روشهای جایگزین و مقایسه آنها
۵. عواقب ترک درمان پیشنهادی و روشهای جایگزین
۶. اقدامات تشخیصی درمانی مورد نیاز پس از روش درمانی ارائه شده و هزینه های متعاقب بعدی
۷. عواقب اجتماعی روش درمانی اعم از از کار افتادگی دائم یا موقت، نیاز به مراقبت پس از ترخیص و ملاحظات مراقبتی خاص و مانند آن

جدول ۱۶. B.3 بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می نماید.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.3
B.3.1.1 در فرایند شناسایی بیمار در کل بیمارستان، حداقل از دو شناسه برای شناسایی بیمار استفاده می گردد.	معیار الزامی	بیمارستان، شناسایی صحیح هویت بیماران و احراز آن را در تمام مراحل درمان تضمین می نماید.
B.3.2.1 سیستمی برای شناسایی هویت بیماران مبتلا به آلرژی و مستندسازی آن موجود است.	معیار اساسی	
B.3.2.2 حق بیماران برای حفظ حریم شخصی و محرمانگی مراقبت و اطلاعات وی مورد احترام قرار می گیرد.		
B.3.3.1 بیمارستان برای شناسایی هویت بیماران از سیستم بارکد استفاده می نماید.	معیار پیشرفته	

اصول عمومی شناسایی صحیح بیماران

شناسایی بیماران و تطبیق بیمار صحیح با مراقبت و درمان صحیح به عنوان مسئولیت اولیه کارکنان خدمات سلامت در کلیه بیماران بستری و تمامی بخش ها یا واحدها اعم از پاراکلینیک، اسکوپیی ها و مانند آنها بر اساس دستورالعمل ابلاغی بایستی نهادینه شده باشد. تاکید می گردد که استفاده از دستبند های شناسایی برای بیماران از مسئولیت کارکنان درمانی جهت کسب اطمینان از انجام اقدام درمانی، مراقبتی و تشخیصی صحیح بر روی بیمار صحیح نمی کاهد. استفاده از دستبند شناسایی در بیماران با اختلالات روانی یا شرایط خاص بالینی (منجمله سوختگی و شکستگی موضعی اندامهای فوقانی) تابع دستورالعمل داخلی بیمارستان است.

✚ تاکیدات مهم در شناسایی صحیح بیماران

۱. به منظور پیشگیری از خطا، مشخصات بیماران بایستی به صورت خوانا و واضح به روش یکسان در کل بیمارستان بر روی دستبندهای شناسایی درج شود.
۲. بایستی حداقل دو شناسه مشتمل بر نام و نام خانوادگی (نام پدر) و تاریخ تولد بیمار (به روز، ماه و سال) با رنگ مشکی یا آبی در پس زمینه سفید دستبند پرینت شود.
۳. در صورت تشابه نام و نام خانوادگی دو بیمار بستری، ضروری است نام پدر بیمار نیز به عنوان جزئی از دو شناسه اصلی در دستبند شناسایی درج شود.
۴. ض هیچگاه از شماره اتاق و تخت بیمار به عنوان شناسه برای شناسایی استفاده نشود.

✚ برخی حیطه های عملکردی شایع که بیشترین میزان شناسایی نادرست بیماران ممکن است حادث شود

۱. دارو دهی به بیماران
۲. فلبوتومی
۳. ترانسفوزیون خون
۴. اقدامات تهاجمی
۵. اعمال جراحی
۶. اقدامات پاراکلینیک اعم از نمونه برداری، انجام اقدامات تشخیصی، ثبت و گزارش نتایج
۷. ترخیص نوزادان
۸. خدمات غیر مستمر مانند مشاوره ها
۹. انجام اقدامات تشخیصی یا درمانی در خارج از بخش یا توسط کارکنان غیرشاغل در همان بخش (اعم از تصویربرداری، سونوگرافی تحت گاید، دیالیز و سایر)
۱۰. ارائه خدمات توسط کارکنان موقت (مانند به کارگیری نیروها از سایر بخشها در قالب اضافه کار)
۱۱. بیماران تازه بستری و بیماران با اسامی مشابه
۱۲. بیماران تازه وارد اورژانس

✚ برخی از عوامل مؤثر و همراه در افزایش احتمال بروز خطا در شناسایی صحیح بیماران

۱. تواتر بالای تحویل بیماران بین نوبتهای کاری، بین بخشی، بین بیمارستانی
۲. مشکلات برقراری ارتباط بین کارکنان بالینی و گاهی غیربالینی
۳. عدم به کار بستن چک لیستهای قبل از عمل
۴. عدم رعایت روشهای صحیح کنترلی
۵. بیماران دارای محدودیتهای خاص در برقراری ارتباط مانند گویش ها و زبانهای مختلف
۶. بیماران با سطح هشیاری پایین یا اغما
۷. نوزادان و کودکان، سالمندان (به علت مشکلات فیزیکی مانند نقص شنوایی یا ذهنی مانند آلزایمر)
۸. بیماران روانپزشکی
۹. افراد با معلولیت یا اختلالات ذهنی

✚ روش شناسایی فعال بیماران

۱. از بیمار درخواست نمایید که نام و نام خانوادگی و تاریخ تولد/سن خود را و در صورت ضرورت نام پدر را بیان نماید.
 ۲. پاسخ بیمار را با مشخصات مندرج بر روی دستبند شناسایی تطبیق دهید.
 ۳. اگر بیمار کودک / معلول ذهنی / قادر به تکلم نباشد / هوشیار نباشد، با پرسش مشخصات بیمار از والدین / وابستگان درجه یک، او را شناسایی نمایید.
- در سیستم کد بندی رنگی، رنگ "قرمز" فقط برای شناسایی بیماران مبتلا به آلرژی شناخته شده، و رنگ "زرد" برای شناسایی سایر بیماران در معرض خطر (از جمله بیماران مستعد یا مبتلا به زخم فشاری، در معرض خطر سقوط یا ترومبوآمبولیسم، ریسک خودکشی، سو تغذیه، تشنج) مورد استفاده قرار می گیرد.
- تعریف این خطرات باید در کمیته درمان دارو و تجهیزات پزشکی و با استفاده از دستورالعمل ابلاغی فوق الذکر، مصوب و به بخشها ابلاغ شود و کارکنان از آن آگاهی داشته و بر اساس آن کدبندی رنگی دستبندهای شناسایی انجام شود. بنابراین علت انتخاب رنگ زرد برای بیمار (خطر متوجه بیمار) باید مشخص باشد. همچنین لازم است بر روی دستبند شناسایی زرد رنگ، ریسک مربوطه که دلیل تعیین رنگ زرد بوده است درج شود. البته اگرچه در مواردی لازم است بیمار / همراهان از ریسک مربوطه به صورت مستقیم یا غیرمستقیم آگاه و در قبال آن آموزش دیده باشد ولی این عنوان نباید مخل حریم خصوصی یا موجب تشویش برای بیمار باشد. برای نمونه می توان به "خودکشی" اشاره نمود. در این موارد میتوان از کد شناخته شده (تنها برای کارکنان) مصوب در کمیته اخلاق بالینی بیمارستان استفاده کرد.
- در بخشهای اورژانس بر اساس ارزیابی بالینی به عمل آمده و بخشهای ویژه طبق ارزیابی اولیه پرستاری رنگ دستبند تعیین خواهد شد. به منظور پیشگیری از وقوع حوادث تهدید کننده حیات بیمار در تغذیه ی مکمل وریدی و تمامی مراحل نسخه پیچی در داروخانه بستری، آماده سازی و دادن داروهای با هشدار بالا به بیماران، الزامی است بیمار صحیح با اقدام درمانی صحیح توسط دو نفر از کادر حرفه ای واجد صلاحیت ذیربط به صورت مستقل از یکدیگر کنترل شود. در فرایند انتقال خون نیز بایستی چک همزمان توسط دو نفر از کادر بالینی و با تایید صحت شناسه ها، دستورات پزشکی و انطباق آنها با یکدیگر

صورت پذیرد. شناسایی صحیح بیماران قبل از انجام هرگونه اقدام تشخیصی /درمانی در بیمارستان پایه اصلی و خشت اول ایمنی بیماران را تشکیل می دهد.

جدول ۱۷. B.4 بیمارستان در فعالیتهای مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می دهد.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.4
B.4.2.1 بیمارستان پوشش های ایمنی بیمار را به منظور به اشتراک گذاشتن راه حلها و افزایش آگاهی از ایمنی بیمار در جامعه برگزار می نماید.	معیار اساسی	بیمارستان در فعالیتهای مختلف ایمنی بیمار، جامعه و عموم مردم را مشارکت می دهد..
B.4.2.2 بیمارستان از رسانه ها و تبلیغات به منظور ارتقای ایمنی بیمار استفاده می نماید.		
B.4.3.1 بیمارستان در طراحی و اجرای برنامه ایمنی بیمار، جامعه را مشارکت می دهد.	معیار پیشرفته	
B.4.3.2 بیماران به پرونده پزشکی خود دسترسی داشته و این فرصت را در اختیار دارند تا در صورت لزوم بتوانند از پزشک معالج خود توضیح بخواهند.		

جدول ۱۸. B.5 بیمارستان، حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخ داده است را با وی و مراقبین او در میان می

گذارد.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.5
B.5.2.1 بیمارستان دارای خط مشی افشای حوادث به کارکنان، بیماران و مراقبین آنها است.	معیار اساسی	بیمارستان، حوادث تهدیدکننده ایمنی که برای بیمار رخ داده است را با وی و مراقبین او در میان می گذارد.
B.5.2.2 بیمارستان دارای خدمت حمایت طلبی بیمار به منظور توضیح و تشریح اطلاعات دریافتی از تیم بالینی یا اطلاع رسانی حوادث به بیماران و مراقبین آنها است.		

جدول ۱۹. ۶.۱ B بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه هایشان تشویق می کند و بر اساس دغدغه ها و شکایات بیماران عمل می نماید.

B.6	سطح معیار	بیانیه معیار
بیمارستان بیماران را نسبت به ارائه نظر و بیان دیدگاه هایشان تشویق میکند و بر اساس دغدغه ها و شکایات بیماران عمل می نماید.	معیار اساسی	B.۶.۲.۱ بیمارستان نظرات و بازخورد بیماران و مراقبین آنها را با استفاده از فرایندهای فعال و غیرفعال اخذ می نماید.
		B.۶.۲.۲ فرایندی جهت دریافت نظرات و بازخورد (اعم از تقدیر یا شکایت یا بهبود) وجود دارد که شامل نحوه دریافت نظرات، بررسی و رسیدگی در یک بازه زمانی معین است و بیماران، خانواده آنها و عموم جامعه از این فرایند مطلع هستند و به آن دسترسی دارند.
	معیار پیشرفته	B.6.3.1 بیمارستان در ساختارهای حاکمیتی، تدوین خط مشی ها و اجرای پروژه های بهبود کیفیت و ایمنی بیمار، بیماران و مراقبین آنها را مشارکت می دهد.
		B.6.3.2 بیمارستان به بیماران اطلاعات و آموزش در زمینه های ایمنی بیمار، سواد سلامت و وضعیت سلامت ارائه می نماید.

نظام کارآمد رسیدگی به شکایت

فلوچارت نحوه رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات بیماران با اندازه حداقل A^۳ در سطح بیمارستان و در معرض دید مراجعین و بیماران بایستی نصب گردد.

دفتر بهبود کیفیت با مشارکت مسئول واحد رسیدگی به شکایت/ حداقل در بازه زمانی (سه ماهه) مجموع پیشنهادات و شکایات واصله را به صورت سیستماتیک تحلیل نموده و نتایج در جلسه مشترک کمیته اخلاق بالینی و کمیته پایش سنجش کیفیت مطرح و پیشنهادات اصلاحی/ برنامه بهبود کیفیت تصویب و برای تایید نهایی و تامین منابع احتمالی مورد نیاز به تیم رهبری و مدیریت گزارش می شود.

دفتر رسیدگی به شکایت موظف است بلافاصله پس از دریافت شکایات حضوری نسبت به طبقه بندی و اولویت بندی اقدام و به صورت **آنی، فوری، در اولویت اول و در نوبت رسیدگی طبقه بندی کرده و پس از هماهنگی با مسئولان مربوط، نتایج را به متقاضی گزارش نماید.**

سطح بندی پیشنهادی در خصوص نحوه رسیدگی به شکایتهای واصله

۱. رسیدگی آنی، به صورت حضوری در صحنه با پیگیری میدانی صورت پذیرد.
۲. رسیدگی فوری، به صورت تلفنی بلافاصله پیگیری شود.
۳. رسیدگی در اولویت اول، تا پایان روزکاری صورت پذیرد.
۴. رسیدگی بدون اولویت، برحسب حساسیت موضوع و نوبت بندی برای پیگیری در اولین فرصت صورت پذیرد.

پیگیری امور بیماران بایستی با رویکرد پیشگیری از شکایات و نارضایتی، برنامه ریزی شده و بر اساس آن عمل شود. رسیدگی به شکایت مفهومی غیرفعال و پاسخگویی پس از وقوع دارد. بار منفی واژه شکایت نیز حس نارضایتی و مغایرت با فرهنگ بیمار محوری را تداعی می نماید. لهذا فعالیت دفتر پیگیری امور بیماران به جایگزینی دفتر رسیدگی به شکایات با رویکرد پیشگیری از بروز شکایات و نارضایتی در بیمارستان مبتنی بر اصول بیمار محوری مورد تاکید اعتباربخشی است. در این روش به جای آنکه منتظر بروز نارضایتی باشیم، با حضور در محل ارائه خدمات ضمن شناسایی موارد عدم انطباق پیش از بروز نارضایتی نسبت به رفع موارد انطباق و تسهیل خدمات برای بیماران اقدام می شود. این شیوه از حمایت از بیماران در نهایت منجر به شناسایی نقص های فرایندی و بهبود روند خدمات خواهد شد. این امر بویژه در اقامت طولانی بیماران، کنسلی اعمال جراحی، کیفیت هتلینگ، کیفیت مراقبتهای پرستاری و ویزیت های پزشکی و پاسخگویی به نیازهای غیر پزشکی بیمارستان بسیار راهگشا و کمک کننده است. در این دفتر بایستی حداقل یک کارشناس بالینی حضور داشته باشد و برنامه های رسیدگی به شکایات، انتقادات و پیشنهادات نیز در همین دفتر برنامه ریزی و انجام شود. تیمهای دائمی و موقت کمکی برای این دفتر با حمایت رئیس / مدیرعامل بیمارستان تعیین و در بازدیدهای میدانی برای پیگیری امور بیماران مشارکت می نمایند. این امر در ترویج فرهنگ بیمار محوری نیز بستر سازی نموده و تمامی کارکنان را درگیر مشکلات سازمان و بیماران می نماید. به این ترتیب اصلاح رفتار سازمانی نیز از جریان پی گیری فعال و پیشگیرانه امور بیماران حاصل می شود.

جدول ۲۰. ۷. B بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.

بیانیه معیار	سطح معیار	B.7
B.7.2.1 بیمارستان محیطی خصوصی، محرمانه و سازگار با جنسیت (طرح انطباق) برای بیماران فراهم می آورد.		بیمارستان دارای محیط دوستدار ایمنی بیمار است.
B.7.2.2 بیمارستان فضایی برای برقراری تعاملات اجتماعی، از جمله سرگرمی و تفریح برای بیماران فراهم می نماید.	معیار اساسی	
B.7.2.3 بیمارستان دارای نمازخانه بوده و نیازهای معنوی و مذهبی بیماران را برآورده می نماید.		

حیطه C. استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

جدول ۲۱. حیطه C. استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد

تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
	۸	۶	C.1 بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می نماید.	حیطه C. استانداردهای خدمات بالینی ایمن و مبتنی بر شواهد
۱	۸	۳	C.2 بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت های بیمارستانی دارد.	
	۲	۲	C.3 بیمارستان، ایمنی خون و فرآوردههای خونی را تضمین می نماید .	
۱	۶	۳	C.4 سیستم دارویی بیمارستان، ایمن است	
۲	۲۴	۱۴	کل	

جدول ۲۲. C.1 بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می نماید.

بیانیه معیار	سطح معیار	C.1
C.1.1.1 مدیریت ارشد بیمارستان کانالهای ارتباطی مؤثر در سراسر بیمارستان، از جمله برای اعلام اضطراری نتایج بحرانی آزمایش ها برقرار کرده است.	معیار الزامی	بیمارستان دارای سیستم حاکمیت بالینی اثربخشی است که ایمنی بیمار را تضمین می نماید.
C.1.1.2 بیمارستان چک لیست جراحی ایمن را اجرا و از راهنماهای جراحی ایمن، از جمله چکلیست سازمان جهانی بهداشت در زمینه جراحی ایمن تبعیت مینماید.		
C.1.1.3 در بیمارستان روال هایی مشخص برای اطمینان از شناسایی به موقع وخامت حال بالینی بیمار و پاسخ مقتضی به آن وجود دارد.		
C.1.1.4 بیمارستان اعلام نتایج تستهای پاراکلینیکی و دستورات پزشک از طریق شفاهی و تلفنی را به حداقل رسانده و در مواردی که برقراری ارتباطات به طریق کلامی ضروری است، از فن «بازخوانی مجدد مطالب» به منظور اطمینان از صحت شنیده ها استفاده می نماید.		
C.1.1.5 بیمارستان به منظور تحویل کامل و ایمن بیماران بین تیم های درمانی و در زمان تعویض شیفت ها روال مشخصی دارد.		
C.1.1.6 بیمارستان راهنماهای زایمان ایمن و مسیر یکپارچه مراقبت را اجرا می نماید.		
C.1.2.1 بیمارستان فرایندی مشخص و تعریف شده برای تهیه و تنظیم راهنماهای بالینی دارد و یک «کمیته داخلی راهنماهای بالینی» دارد که در فواصل زمانی منظم جهت انتخاب و تضمین اجرای راهنماها، پروتکلها و چک لیست های مرتبط با ایمنی تشکیل جلسه میدهد.	معیار اساسی	
C.1.2.2 بیمارستان دارای روال های مطمئن، برای اعلام نتایج معوقه تست های پاراکلینیکی به بیماران و مراقبین آنها بعد از ترخیص است.		
C.1.2.3 بیمارستان اجرای پروسیجرهای تشخیصی تهاجمی را به روش ایمن و مطابق با راهنماهای استاندارد تضمین می نماید.		
C.1.2.4 بیمارستان به منظور کاهش تروموآمبولی وریدی (ترومبوز وریدی عمقی و آمبولی ریوی) راهنماهای بالینی را اجرا می نماید.		
C.1.2.5 بیمارستان به منظور شناسایی بیماران آسیب پذیر آنان را غربالگری کرده و در راستای کاهش خطر مداخله می نماید.		
C.1.2.6 بیمارستان فهرست اختصارات پزشکی، علائم و دوزهای تأیید شده را برای استفاده در بیمارستان تهیه کرده است.		
C.1.2.7 فرایندی برای ادغام و هماهنگی خدمات ارائه شده به بیمار در داخل و بین بخشها و با خدمات مربوطه خارج از بیمارستان وجود دارد.		
C.1.2.8 بیمارستان، بیماران را به منظور شناسایی افراد آسیب پذیر در برابر سقوط غربالگری نموده و در راستای کاهش خطر مداخله می نماید.		

اصول عمومی جراحی ایمن

✚ عمل جراحی بر روی بیمار صحیح و در موضع صحیح

احتمال وقوع عمل جراحی در موضع اشتباه بیشتر توأم با اعمال جراحی بر روی ارگان های قرینه است. پروتوکل جهانی در این زمینه یک فرآیند سه گامه تکمیلی به منظور تضمین بیمار صحیح ، موضع و پروسیجر صحیح می باشد. **گام ۱: تأیید بیمار، موضع و پروسیجر صحیح در تمامی مراحل از زمان اخذ تصمیم به عمل بیمار تا هنگام انجام عمل جراحی به شرح ذیل:**

۱. در هنگام برنامه ریزی و زمان بندی (scheduled) عمل جراحی
 ۲. در هنگام پذیرش یا ورود به اتاق عمل
 ۳. در هر زمان که مسئولیت مراقبت از بیمار به فرد دیگری منتقل شد.
 ۴. قبل از ورود بیمار به اتاق عمل
- این گام بایستی با مشارکت بیمار بیدار و آگاه و کلیه اعضای تیم درمانی و از طریق شناسایی و علامت گذاری بیمار و در طی اخذ رضایت آگاهانه، از وی و تأیید موضع، طرف بدن و پروسیجر با بررسی و کنترل پرونده و کلیشه های رادیوگرافی بیمار به صورت فعال انجام شود.

گام ۲: علامت گذاری موضع عمل

۱. بر اساس پروتکل جهانی موضع یا مواضع عمل بایستی علامت گذاری شود. به ویژه در مورد ارگان های قرینه ی طرفی، چند ساختاری نظیر (انگشتان دست و پا و دنده ها) و سطوح چندگانه (ستون مهره ها) علامت گذاری ساختارهای خط میانی بدن (midline) نظیر تیروئید یا ساختارهای منفرد نظیر طحال از مقررات محلی ارائه خدمت پیروی می نماید.
۲. علامت گذاری بایستی بر روی یا در کنار و مجاورت موضع عمل باشد.
۳. علامت گذاری بایستی کاملاً واضح و مشهود و با استفاده از یک مارکر دائمی که در هنگام آماده سازی موضع عمل پاک نشود، صورت گیرد.
۴. در هر مرکز ارائه کننده خدمات سلامت برای علامت گذاری موضع عمل، بایستی از یک روش منسجم استفاده شود.
۵. علامت گذاری موضع عمل بایستی توسط جراح که عمل جراحی را انجام می دهد صورت پذیرد. به منظور عملیاتی نمودن این وظیفه، جراح فقط در صورتی می تواند علامت گذاری موضع عمل را به فرد دیگری تفویض نماید که آن فرد در تمام مدت جراحی به ویژه در هنگام انسیزیون در اتاق عمل حضور داشته باشد.
۶. به لحاظ اهمیت مشارکت فعال بیمار، بایستی علامت گذاری موضع عمل تا حد امکان در زمان هوشیاری و بیداری بیمار انجام شود.

گام ۳: وقفه ی /درنگ جراحی، وقفه ای کوتاه در فعالیت اتاق عمل، قبل از برش پوست به منظور تأیید بیمار، پروسیجر و موضع عمل با انجام اقدامات ذیل است.

۱. در این زمان با حضور کلیه اعضای تیم جراحی، بایستی از وضعیت مناسب بیمار برای جراحی و وجود هر گونه ایمپلنت یا تجهیزات خاص و رفع هرگونه دغدغه یا عدم انسجامی اطمینان یافت و موارد را مستند نمود.

۲. کسب اطمینان از وجود برگه رضایت آگاهانه از بیمار به زبان قابل درک به نحوی که بیمار از عوارض و موضع مشتمل بر سطح و طرف جراحی و هزینه عمل کاملاً آگاه شود.

تبصره: موارد اورژانس که احتمال مرگ یا قطع عضو می باشد، اخذ رضایت آگاهانه قابل تعویق است.

۳. اکیداً توصیه می شود که قبل از القاء بیهوشی یکی از اعضاء تیم، شناسایی بیمار را به صورت فعال ضمن پرسش از بیمار به صورت کلامی و با استفاده از تطابق خود اظهاری بیمار با شناسه های مندرج بر روی دستبند شناسایی تأیید نماید. برای این منظور علاوه بر نام و نام خانوادگی بیمار، تأیید با استفاده از شناسه الزامی دیگر (تاریخ تولد به روز، ماه و سال) الزامی است.

۱. یکی از اعضای تیم با بیمار رضایت آگاهانه وی را تأیید نماید و موضع و پروسیجر صحیح را نیز با بیمار تأیید کند. پرستار و متخصص بیهوشی بایستی علامت گذاری موضع را کنترل نموده و آن را با مستندات پرونده بیمار تطبیق دهند.

۱۱. به عنوان اقدام ایمنی نهایی، تیم جراحی به صورت هم زمان و مستقل از یکدیگر بایستی بیمار، موضع و پروسیجر صحیح را قبل از برش پوست برای جراحی تأیید نمایند، بدین منظور جراح با صدای بلند نام و نام خانوادگی بیمار، نام عمل جراحی، طرف و موضع جراحی را بیان و پرستار و متخصص بیهوشی باید صحت اطلاعات را تأیید نمایند.

به منظور ایمنی بیهوشی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:

۱. اولین و مهم ترین جزء مراقبت قبل از بیهوشی حضور متخصص بیهوشی آموزش دیده و مجرب است. در موارد اورژانس انتخاب گزینه ی شروع بیهوشی در صورت عدم حضور موقت متخصص بیهوشی و با مسئولیت جراح متخصص بستگی به وضعیت و شرایط بیمار دارد.

۲. برای کلیه ی بیماران تحت بیهوشی عمومی بایستی ذخیره ی اکسیژنی مناسب موجود باشد. اکسیژن بافتی و تهویه بایستی به صورت مستمر با استفاده از پالس اکسی متر با صدای قابل تنظیم پایش شود. صدای پالس اکسی متر بایستی به حد کافی بلند باشد که در کل فضای اتاق عمل شنیده شود.

۳. با سمع و مشاهده کفایت راه های هوایی و تهویه را در بیماران تحت بیهوشی عمومی به صورت مستمر پایش نماید. در صورت بکارگیری تهویه مکانیکی از آلام جداشدگی (disconnect alarm) از دستگاه بایستی استفاده شود.

۴. گردش خون بایستی به صورت مستمر با سمع و لمس ضربان قلب یا نمایش تعداد ضربان قلب بر روی مانیتور قلبی یا پالس اکسی متری پایش شود.

۵. فشارخون شریانی حداقل هر ۵ دقیقه یا در فواصل زمانی کوتاه تر به نسبت وضعیت های بالینی بایستی اندازه گیری شود.

۶. در کودکان یا بیهوشی های طولانی مدت یا پیچیده، وسیله ی اندازه گیری درجه حرارت بایستی موجود و درجه حرارت بدن بیمار بایستی به صورت مستمر اندازه گیری و ثبت شود.

۷. با مشاهده بالینی سطح بیهوشی (میزان عدم هوشیاری (depth of anaesthesia) بایستی به طور منظم ارزیابی شود.

موارد ذیل توصیه می شود:

۱. غلظت اکسیژن دمی بایستی در کل بیهوشی با وسیله ای مجهز به " آلامر غلظت پایین اکسیژن " (low-oxygen)
(concentrationalarm) کنترل شود.
۲. برای اندازه گیری مستمر و نمایش موج و غلظت CO₂ بازدمی (کاپنوگرافی) استفاده شود.
۳. الکتروکاردیوگراف برای پایش ریتم و میزان ضربان قلبی استفاده شود.
۴. دفیبریلاتور قلبی بایستی موجود باشد.
۵. درجه حرارت بدن بایستی به صورت منظم در بیماران مستعد خطر کنترل شود.
۶. اندازه گیری مستمر الکترونیک درجه حرارت (در صورت وجود) توصیه می شود.
۷. محرک اعصاب محیطی برای ارزیابی وضعیت پارالیز در صورت استفاده از داروهای بلوک کننده عصبی عضلانی بایستی استفاده شود.

✚ به منظور تشخیص و برخورد مناسب تیم با خطر از دست دادن راه هوایی یا عملکرد تنفسی توصیه اکید به انجام

اقدامات ذیل می شود:

۱. به منظور شناسایی مشکلات بالقوه در مدیریت راه هوایی (Airway management)، در تمامی بیماران کاندید عمل جراحی (حتی بیمارانی که لوله گذاری برای آنان پیش بینی نمی شود)، قبل از القاء بیهوشی بایستی ارزیابی عینی (objective evaluation) از راه هوایی انجام شود.
۲. متخصص بیهوشی بایستی دارای استراتژی معین برای مدیریت راه هوایی بیماران و آماده اجرای آن باشد (حتی اگر عدم توانایی در برقراری راه هوایی مناسب هم پیش بینی نشود).
۳. در زمانی که متخصص بیهوشی احتمال وجود راه هوایی مشکل (difficult airway) را می دهد، در هنگام القاء بیهوشی کمک فوری بایستی در دسترس باشد و طرح پشتیبان واضح برای مدیریت راه هوایی شناسایی شده باشد.
۴. زمانی که بیمار مورد شناخته شده ای از راه هوایی مشکل می باشد، بایستی روش های جایگزین بیهوشی از جمله بیهوشی ناحیه ای (regional anaesthesia) یا لوله گذاری در شرایط بیداری (awake intubation) تحت بیهوشی موضعی (local anaesthetic)، در نظر گرفته شده باشد.
۵. تمامی متخصصین بیهوشی بایستی مهارت مدیریت راه هوایی را در خود حفظ نمایند و با استراتژی های متعدد برای برخورد با راه هوایی مشکل آشنا بوده و مهارت لازم را داشته باشند.
۶. همیشه بعد از لوله گذاری متخصص بیهوشی بایستی با سمع صداهای تنفسی و نیز تهویه معدوی و پایش وضعیت اکسیژنی بیمار با استفاده از پالس اکسی متر، جا گذاری مناسب لوله داخل نای، را تأیید نماید.
۷. به منظور کاهش ترشحات معدوی و افزایش pH و با هدف پیش درمانی، بیمارانی که کاندید عمل جراحی الکتیو بوده و در معرض خطر آسپیراسیو نمی باشند بایستی قبل از بیهوشی ناشتا باشند.

موارد ذیل توصیه می شود:

۱. بایستی متخصص بیهوشی با استفاده از کاپنوگرافی محل جاگذاری مناسب لوله داخل نای، را بعد از لوله گذاری تأیید نماید.
۲. بایستی در برگه گزارش بیهوشی، نتایج ارزیابی راه هوایی و توصیفی از سهولت یا مشکل بودن لوله گذاری (در صورت انجام) ثبت شود.

جهت شناسایی و آمادگی مؤثر تیم برای مقابله با خطر از دست دادن خون زیاد توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل می شود:

۱. متخصص بیهوشی قبل از القاء بیهوشی بایستی احتمال از دست دادن خون زیاد را در بیماردر نظر بگیرد و در صورتی که این مورد خطر مهمی است بایستی آمادگی برخورد مناسب با آن را داشته باشد. در صورتی که خطر از دست دادن خون ناشناخته می باشد متخصص بیهوشی بایستی با جراح در مورد احتمال وقوع آن صحبت نماید.
۲. قبل از برش پوست تیم بایستی احتمال از دست دادن خون زیاده را در بیمار به بحث بگذارند و در صورتی که این مورد خطر مهمی است از وجود راه وریدی مناسب مطمئن شوند.
۳. یکی از اعضای تیم وجود فرآورده های خونی مورد لزوم برای عمل جراحی را تأیید نماید.

به منظور اجتناب تیم از ایجاد واکنش ناخواسته دارویی یا واکنش آلرژیک شناخته شده در بیمار توصیه اکید به انجام موارد ذیل می شود:

۱. بایستی متخصصین بیهوشی کاملاً فارماکولوژی داروهایی را که دستور می دهند/تجویز می نمایند، از جمله درجه سمیت دارو را بشناسند.
۲. قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران، ابتدا بایستی بیمار به وضوح شناسایی شود.
۳. قبل از تجویز هر دارویی برای بیماران ابتدا بایستی تاریخچه دارویی کامل منجمله اطلاعات مرتبط به آلرژی ها و سایر واکنش های بیش حساسیتی (hypersensitivity reactions) از بیمار اخذ شود.
۴. قبل از دادن دارو به بیمار بایستی داروها به طرز مناسبی برچسب گذاری، مورد تأیید و کنترل مجدد قرار گیرند.
۵. قبل از دادن دارو به بیمار با یکی دیگر از ارائه کنندگان خدمت بایستی ارتباط کلامی واضح برقرار شود تا از درک مشترک و همسان از موارد مصرف، موارد منع مصرف بالقوه و هرگونه اطلاعات مرتبط دیگر اطمینان حاصل شود.

موارد ذیل توصیه می شود:

۱. کوشوهاو فضای کار برای نگهداری و آماده سازی داروها بایستی به صورت منظم سازمان دهی شود تا از قرارگیری آمپول های دارویی و سرنگ ها در یک محل یکسان، همیشگی و مرتب و تفکیک فیزیکی داروهای خطرناک از داروهایی که دارای تلفظ مشابه می باشند اطمینان حاصل شود.
۲. برچسب آمپول ها و سرنگ ها بایستی خوانا و حاوی اطلاعات استاندارد (نظیر: غلظت دارو و تاریخ انقضاء) باشد.
۳. تا حد امکان از قرارگیری داروها با بسته بندی یا اشکال ظاهری مشابه در کنار هم بایستی خودداری شود.
۴. خطاهای در حین تزریق داروهای وریدی بایستی گزارش و بررسی شوند.
۵. داروهای تزریقی بایستی توسط متخصص بیهوشی که آن ها را به بیمار تزریق می کند، کشیده و برچسب زده شود.

موارد پیشنهادی

داروهای موجود در یک دسته دارویی بایستی با استفاده از سیستم کدبندی رنگی مورد اجماع، که توسط تمامی افراد تیم جراحی درک شده باشد، معین شوند.

✚ به منظور تضمین بکارگیری منسجم روش های شناخته شده مؤثر در به حداقل رسانیدن خطر عفونت موضع

جراحی، توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:

۱. آنتی بیوتیک های پروفیلاکسی بایستی به صورت معمول در تمامی موارد جراحی تمیز - آلوده مصرف شود و برای استفاده در هر مورد جراحی تمیز نیز در نظر گرفته شود.
۲. آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک بایستی یک ساعت قبل از برش پوست با دوز و طیف ضد میکروبی مؤثر بر علیه پاتوژن های احتمالی که سبب آلودگی پروسیجر می شوند. تجویز نمود. قبل از برش پوست اعضای تیم جراحی بایستی تجویز آنتی بیوتیک را در طی ۶۰ دقیقه قبل تأیید نمایند. (در صورت استفاده از ونکوما یسین، انفوزیون آن بایستی یک ساعت قبل از برش پوست تمام شده باشد).
۳. تمامی مراکز ارائه کننده خدمات بایستی دارای فرآیندهای معمول سترون سازی مشتمل بر توانایی تأیید استرلیتی ابزار، وسایل و مواد جراحی باشند بایستی شاخص هایی به منظور تعیین استرلیتی مورد استفاده و کنترل قرار گیرند. قبل از القاء بیهوشی بایستی پرستار یا فرد دیگر مسئول استرلیتی ابزار جراحی را با ارزیابی و بررسی شاخصهای استرلیتی تأیید نماید. در صورت وجود هر گونه مشکل، بایستی موارد با جراح و کادر بیهوشی در میان گذارده شود.
۴. در صورتی که زمان جراحی بیش از ۴ ساعت به درازا بکشد یا در صورتی که شواهد دال بر خونریزی وسیع و فوق العاده حین جراحی باشد، بایستی تجویز دوز مجدد آنتی بیوتیک پروفیلاکسی مورد نظر قرار گیرد. (در صورتی که از وانکومایسین به عنوان آنتی بیوتیک پروفیلاکتیک استفاده شده باشد، نیاز به دوز مجدد در اعمال جراحی که کمتر از ۱۰ ساعت به درازا می کشند، نیست).
۵. آنتی بیوتیک هایی که به عنوان پروفیلاکسی استفاده می شوند بایستی ظرف ۲۴ ساعت پس از جراحی قطع شوند.
۶. زدن موهای موضع عمل توصیه نمی شود، مگر در مواردی که مو با عمل تداخل می نماید. در صورت ضرورت برداشتن موها، آن ها بایستی با قیچی در زمان کمتر از ۲ ساعت مانده به عمل کوتاه شوند. زدن موها با تیغ به دلیل افزایش احتمال عفونت موضع عمل توصیه نمی شود.
۷. بیماران جراحی بایستی در طی دوره قبل از عمل بر حسب نیاز فردی خود اکسیژن بگیرند.
۸. موازین مؤثر به منظور حفظ درجه حرارت طبیعی بدن بیمار بایستی در دوره قبل از عمل انجام شود.
۹. پوست بدن تمامی بیماران جراحی بایستی با یک ماده آنتی سپتیک مناسب قبل از جراحی آماده شود. این ماده بایستی به نحوی انتخاب شود که دارای قابلیت کاهش شمارش میکروبی سریع پوست و کارآیی پایدار در طی عمل جراحی باشد.
۱۰. ضد عفونی دست برای جراحی را با مصرف صابون آنتی میکروبی تضمین نمایید. ناحیه دست و ساعدها بایستی به مدت ۲ تا ۵ دقیقه اسکراب کنید. در صورت تمیزی ظاهری دست ها، از یک محلول ضد عفونی دست با پایه الکلی می توان برای ضد عفونی استفاده نمود.

۱۱. در حین عمل تیم جراحی بایستی موهای خود را بیوشانند و گان استریل بپوشند و دستکش استریل دست نمایند.

موارد ذیل توصیه می شود:

۱. بایستی تجویز آنتی بیوتیک پروفیلاکسی از طریق دستورات شفاهی و تلفنی منع شود.
۲. ازمو کن برقی (epilator) برای کوتاه نمودن موها نبایستی استفاده شود.
۳. بایستی استعمال دخانیات حداقل ۳۰ روز قبل از عمل جراحی الکتیو قطع شود.
۴. بیماران جراحی بایستی قبل از عمل با استفاده از صابون آنتی سپتیک دوش بگیرند.
۵. پیش از عمل جراحی الکتیو بایستی عفونت های قبلی را درمان و ریشه کن نمود.
۶. تیم جراحی بایستی در طی عمل از ماسک استفاده نمایند.
۷. بایستی از پیش بند های پلاستیکی در زمانی که احتمال مرطوب شدن می رود ، استفاده نمود.
۸. پانسمان استریل روی زخم جراحی بایستی به مدت ۲۴ الی ۴۸ ساعت پس از جراحی حفظ شود.
۹. کادر متخصص کنترل عفونت آموزش دیده بایستی مراقبت فعال آینده نگر در مورد عفونت موضع عمل داشته باشند.
۱۰. اطلاعات مرتبط به عفونت های جراحی بایستی با جراح و کادر مدیریتی ذیربط ارائه شود.

پیشنهادات

۱. نسبت بالایی از اکسیژن دمی (۸۰٪) بایستی در طی عمل جراحی تجویز شود و حداقل ۲ ساعت پس از اتمام عمل دادن اکسیژن به بیمار بایستی به طول بکشد.
۲. تهویه با فشار مثبت بایستی در اتاق عمل حفظ شود.
۳. بایستی سراسر اتاق عمل به طور کامل پس از اعمال جراحی " کثیف " یا " عفونی " و در اتمام هر عمل جراحی تمیز شود.
۴. خط مشی های استاندارد کنترل عفونت بایستی اجرا شود.
۵. بایستی تیم های جراحی در مورد پیشگیری و کنترل عفونت حداقل سالیانه به صورت دوره ای آموزش ببینند.

به منظور پیشگیری از جای ماندن سهوی ابزار و اسفنج جراحی در زخم های جراحی توصیه اکید به انجام

اقدامات ذیل می شود:

۱. در اعمال جراحی شکمی، خلف شکمی، لگن و سینه ای، شمارش کامل اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل تیز و برنده، ابزار و وسایل مختلف دیگر (هر گونه وسیله ای که در طی پروسیجر استفاده شده و در معرض خطر به جای ماندن در حفره بدنی است) بایستی انجام شود.
۲. جراح بایستی قبل از بستن هر گونه حفره آناتومیکی یا موضع جراحی بایسیت جستجوی منظم زخم را انجام دهد.
۳. شمارش برای هر گونه پروسیجری که احتمال احتباس اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی در حفره بدن بیمار می رود، شمارش بایستی حداقل در شروع و خاتمه هر مورد انجام شود.
۴. بایستی تعداد شمارش اسفنج ها، وسایل تیز و برنده و ابزار و دیگر وسایل جراحی همراه با نام و نام خانوادگی و سمت فرد مسئول شمارش ثبت شود. بایستی صحت تعداد کلی موارد شمارش شده به صورت واضح بیان شود. نتیجه شمارش به طور واضح و شفاف با جراح در میان گذارده شود.

موارد ذیل پیشنهاد می شود

در صورت امکان از سیستم های معتبر و خودکار شمارش اسفنج ها نظیر سیستم بارکد یا اسفنج با برچسب رادیویی (Radio labeled sponges) بایستی استفاده نمود.

➤ به منظور شناسایی امن و صحیح نمونه های جراحی توصیه اکید به انجام اقدامات ذیل توسط تیم می شود:

تیم بایستی برچسب گذاری صحیح تمامی نمونه های جراحی را با شناسایی بیمار، نام و محل نمونه گیری (موضع و طرف بدن) از طریق خواندن مشخصات نمونه توسط یکی از اعضای تیم جراحی به صدای بلند و توافق و تأیید کلامی فرد دیگری از تیم، مورد تأیید قرار دهد.

➤ به منظور برقراری ارتباط مؤثر و تبادل اطلاعات حیاتی در جهت اجرای ایمن عمل جراحی توصیه اکید به انجام

موارد ذیل توسط تیم می شود:

۱. بایستی جراح قبل از برش پوست از آگاهی و اطلاع اعضای تیم به ویژه پرستاران، متخصصین بیهوشی و کمک جراحان از گام ها یا مراحل حیاتی در اجرای پروسیجر، خطر از دست دادن خون، هر گونه تجهیزات و ضروری و مورد نیاز (نظیر ابزار، ایمپلنت، تصویر برداری ضمن جراحی) frozen section pathology هر گونه تغییر خدمات معمول اطمینان کسب نماید. پرستاران بایستی اعضای تیم را در خصوص هر گونه دغدغه حیاتی ایمنی و فقدان وجود یا آمادگی هر گونه تجهیزات خاص، آگاه سازند. متخصصین بیهوشی بایستی اعضای تیم را در خصوص هر گونه دغدغه حیاتی ایمنی، به ویژه وجود هر گونه مشکل در آمادگی احیاء بیمار بعد از دست دادن خون زیاد یا معلولیت های همراه که بر خطر بیهوشی می افزاید، را آگاه نماید.
۲. در موارد اندام های قرینه، بخش های چند گانه بدن (نظیر انگشتان دست یا پا) و سطوح چندگانه (نظیر: ستون مهره ها) یا در مواردی که بایستی در حین عمل در مورد وسعت رزکسیون جراحی بر اساس تصویربرداری رادیولوژیکی تصمیم گیری شود، تیم بایستی از وجود تصویر برداری ضروری و نمایش آن ها در اتاق عمل اطمینان کسب نمایند.
۳. قبل از برداشتن درپ در پایان جراحی، بایستی جراح، اعضای تیم را از هر گونه تغییر در اجرای پروسیجر، هر گونه مشکل احتمالی در دوره بعد از جراحی و برنامه درمانی ضروری بعد از جراحی (که ممکن است شامل آنتی بیوتیک های، پروفیلاکسی ترومبوآمبولیسم وریدی و مراقبت از زخم) آگاه نماید. متخصص بیهوشی بایستی شرایط بالینی بیمار در زی جراحی و هر گونه دستورات عمل مورد لزوم برای تضمین برگشت ایمن بیمار را خلاصه نماید. پرستار بایستی توجه تیم را به هر گونه دغدغه های اضافی تشخیص داده شده در طی جراحی یا برای ریکاوری جلب نماید.
۴. اطلاعاتی که توسط جراح در برگه گزارش جراحی ثبت می شود، حداقل بایستی شامل نام پروسیجر اصلی و هر گونه پروسیجرهای ثانویه اجرا شده، نام کمک جراحان، جزئیات پروسیجر و از دست دادن خون در حین جراحی. اطلاعاتی که توسط متخصص بیهوشی ثبت می شود، حداقل بایستی شامل پارامترهای علایم حیاتی گزارش شده در فواصل دوره ای منظم، داروها و محلول های وریدی تجویز شده و هر گونه اتفاق در حین عمل جراحی یا دوره هایی از ناپایداری بیمار. اطلاعاتی که توسط تیم پرستاری ثبت می شود، حداقل بایستی شامل شمارش اسفنج ها، سرسوزن ها، وسایل نوک تیز و برنده و ابزار، نام و سمت فرد مسئول شمارش، هر گونه اقدام انجام شده در صورت مغایرت شمارش انجام شده، و در صورتی که شمارش انجام نشده علت عدم شمارش باشد.

۵. گزارش کامل عمل جراحی بایستی شامل نام و نام خانوادگی تمامی اعضای تیم جراحی باشد.

زایمان ایمن

شناسایی مادران پرخطر بایستی برنامه ریزی شده و مراقبت‌های اختصاصی بلافاصله پس از مراجعه مادر آغاز می شود. تیم دیده بان به کارکنان و واحدهایی اطلاق می شود که می توانند مادران پرخطر (نزدیک به مرگ) را شناسایی و گزارش نمایند. این تیم شامل فرد مسئول مادر، مسئول اتاق زایمان یا مسئول شیفت، مسئول اتاق عمل یا مسئول شیفت، مسئول بخش مراقبت‌های ویژه یا مسئول شیفت، مسئول بخش زایمان یا مسئول شیفت، مسئول تریاژ اورژانس/مامائی یا مسئول شیفت، سوپروایزر شیفت و مسئول آزمایشگاه یا مسئول شیفت مربوطه است. در همین راستا با صدور ابلاغ برای پزشک متخصص زنان/ ماما به عنوان مسئول مادران پرخطر توسط رئیس بیمارستان شناسایی و پیگیری مادران پرخطر توسط ایشان انجام شده و اطلاع رسانی مادر شناسایی شده در هر یک از واحدهای فوق به کارشناس مادر پرخطر در اسرع وقت انجام و سوپروایزر جهت تشکیل تیم فوریت‌های مامائی ۲ اقدام می نماید. تیم فوریت‌های مامائی شامل مدیر خدمات پرستاری، سوپروایزر، دو نفر متخصص زنان (یا یک متخصص زنان و یک متخصص جراح عمومی)، متخصص بیهوشی، دو نفر مامای اتاق زایمان، کارشناس مادران پرخطر و برحسب مورد سایر گروه‌های تخصصی (داخلی، هماتولوژی، قلب، نفرولوژی و...) است. بیمارستان موظف است کد اختصاصی فوریت‌های مامائی و اعضای تیم مربوطه را به تمامی بخش‌ها ابلاغ کند تا در صورت نیاز بلافاصله بر بالین بیمار فراخوان شوند و مراقبت‌های فوری برحسب نیاز به مادر ارائه نمایند.

طراحی فضای فیزیکی جداگانه برای تریاژ فقط در مراکز درمانی تک تخصصی زنان الزامی است و سایر مراکز درمانی که فضایی جداگانه برای تریاژ مامایی در اورژانس عمومی در نظر نگرفته اند، می بایست از فضای اتاق معاینه در ورودی بلوک زایمان استفاده نمایند. نیروی انسانی مستقر در واحد تریاژ مامایی باید دارای حداقل کارشناسی مامایی با سابقه حداقل ۲ سال کار بالینی باشد. گذراندن کارگاه تریاژ ESI، کارگاه مهارت‌های ارتباطی، کارگاه احیای پایه و پیشرفته بزرگسالان و نوزادان، کارگاه مراقبت‌های اولیه تروما، کارگاه اورژانس‌های مامایی، کارگاه مدیریت شوک توسط مامای تریاژ الزامی است.

در صورتی که به علت ازدحام اورژانس مامایی، به ناچار برخی از مددجویان سطوح سه، چهار یا پنج در اتاق انتظار در نوبت ویزیت و یا ورود به بخش اورژانس/اتاق معاینه هستند، مامای واحد تریاژ موظف است تا زمانی که مددجویان در اتاق انتظار حضور دارند و قبل از ارجاع به بخش مورد نظر و ویزیت پزشک، در بازه‌های زمانی مشخص مددجویان را مجدد ویزیت نماید و با تریاژ مجدد ۳ و در صورت لزوم با تغییر سطح تریاژ مددجویان در انتظار، از بروز عواقب ناخواسته احتمالی برای ایشان پیشگیری نمایند.

تجهیزات واحد تریاژ براساس دستورالعمل ابلاغی به گونه‌ای پیش بینی شود که در کمتر از یک دقیقه در دسترس باشد. اقلام و تجهیزات مورد نیاز در واحد تریاژ مامایی مطابق با دستورالعمل تریاژ مامائی ابلاغی وزارت بهداشت تامین و آماده بکار باشند. همچنین ست پره اکلامپسی شامل امپول هیدرالازین، سولفات منیزیم ۲۰٪ و ۵۰٪ و امپول گلوکونات کلسیم، تهیه و در دسترس باشد و پکیج کنترل خونریزی شامل باکری بلون، مزوپروستول، پروستاگلندین $F2\alpha$ ، مترژن، والو و... تهیه شود.

ثبت اطلاعات مادران پرخطر در فرم تحت وب براساس دستورالعمل مربوطه، در سامانه ایمن قابل دسترسی است.

ضرورت حضور پزشک متخصص زنان و زایمان مقیم بلافاصله و آنکال حداکثر ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین مادران پر خطر بر اساس شیوه نامه ارتقای حضور متخصص زنان و زایمان ابلاغی وزارت بهداشت است. براساس شیوه نامه ابلاغی، مقیم بودن پزشک متخصص زنان در بیمارستانهای دارای سه متخصص زنان و بیشتر الزامی اسهت. در مراکز غیردولتی، خصوصی، خیریه و وابسته به ارگانها، در صورت اورژانسی بودن وضعیت مادر و عدم حضور پزشک معالج، پزشک مقیم متخصص زنان موظف است ظرف ۲۰ دقیقه بر بالین بیمار حاضر شده و بیمار را ویزیت نماید. در بیمارستانهای کمتر از سه متخصص زنان، بایست فهرست آنکال اول و آنکال دوم تهیه شود. تیم مراقبت پزشکی ذیصلاح شامل فوق تخصص، متخصص زنان و در بیمارستانهای آموزشی، حداقل رزیدنت ارشد است.

مشاوره با استاد معین در صورت نیاز طبق دستورالعمل ابلاغی قابل استفاده است و اسامی اساتید معین بصورت ماهیانه از دانشگاه به مراکز اعلام می گردد. تا در صورت نیاز، مشاوره با آنها انجام شود. همچنین در صورت نیاز به اعزام مادر به سطوح بالاتر، انجام اولین ویزیت توسط متخصص مربوطه الزامی است.

در بیمارستانهای آموزشی انجام مشاوره های تخصصی به ترتیب اولویت حضور توسط ردههای آموزشی فوق تخصص، متخصص زنان و یا بالاترین رده دستیار حاضر زنان صورت پذیرد.

جهت استمرار در مراقبت از مادر پرخطر براساس پروتکل مربوط به هر مورد اختصاصی در راهنمای ارائه خدمات مامائی عمل شود. تحویل و تحول مادران پرخطر در هر نوبت کاری توسط کارکنان و پزشکان متخصص زنان با حضور بر بالین بیمار به هم رسته خود انجام شود. در زمان تحویل، مادر توسط تحویل گیرنده بطور کامل معاینه و ارزیابی شده و نتیجه معاینات در پرونده ثبت شود. همچنین توصیه می شود مادران پرخطر در اتاقی مشرف به ایستگاه پرستاری و مجهز به فیتال مانیتورینگ، اکسیژن و ساکشن مستقر شوند و مراقبتهای مامائی توسط مامای با سابقه بالاتر انجام شود.

شناسایی نوزادان

در بدو پذیرش مادر در بیمارستان، شماره پرونده مادر به صورت کد شناسایی بر روی دو مچ بند یکی مخصوص مادر و دیگری مخصوص نوزاد ثبت و نصب پرونده گردد.

هنگام تولد نوزاد مشخصات شامل نام و نام خانوادگی مادر، تاریخ و ساعت تولد، جنس نوزاد در کنار کد شناسایی نوزاد که روی مچ بند نصب شده در پرونده مادر نوشته شود. مچ بند استاندارد ترجیحاً روی مچ پای نوزاد نصب باشد. اما مچ بند را می توان روی مچ دست یا پای نوزاد در محلی که ایجاد حساسیت نکند و به راحتی نیز باز نشود بست. مچ بند مادر را که هنگام پذیرش در بیمارستان نصب پرونده است تکمیل و جنس نوزاد، تاریخ و ساعت تولد نوزاد نوشته شده و روی مچ دست مادر نصب شود. اخذ اثر کف پای نوزاد بلافاصله بر روی فرم مربوطه انجام شود. در نوزاد نیازمند احیا، عملیات احیا بر نصب مچ بند شناسایی و ثبت اثر کف پای نوزاد ارجح است. در صورتی که نوزاد دو قلو یا چند قلو است، بر روی دستبند شناسایی نوع قل مشخص شود. در هنگام انجام اقدامات درمانی، تشخیصی و مراقبتی برای نوزادان و یا ترخیص و تحویل به خانواده، به دستبند شناسایی توجه شود.

Preventing Patient Fall Guideline

سقوط بیماران و پیشگیری از آسیب‌های ناشی از آن، به عنوان یک چالش جهانی مطرح است. در طی ۵۰ سال گذشته پیشگیری از سقوط در بخش بستری بیمارستانی یکی از مهمترین دغدغه‌ها و اندازه‌گیری سقوط و آسیب‌های مرتبط به آن یکی از مهمترین شاخص‌های ارزیابی کیفیت خدمات پرستاری بوده است. مبتنی بر گزارشات سقوط، به نظر می‌رسد که تمامی موارد سقوط بیماران در بیمارستان‌ها قابل پیشگیری هستند.

✚ از آنجا که سقوط در بخش بستری بیمارستانی، قابل اجتناب است؛ آسیب‌های ناشی از سقوط در این بخش نیز جز اتفاقات ناخواسته‌ای قلمداد می‌شوند که هرگز نباید رخ دهند.

بر اساس طبقه‌بندی مورس سقوط در بخش بستری به سه دسته طبقه‌بندی می‌گردد.

۱. سقوط‌های تصادفی که ناشی از عوامل خارجی نظیر عوامل محیطی می‌باشند.

۲. سقوط‌های فیزیولوژیک قابل پیش‌بینی، مثل: گیجی

۳. سقوط‌های فیزیولوژیک غیرقابل پیش‌بینی، مثل: سکته یا سنگ‌کوب

بر اساس بررسی‌های مورس ۷۸٪ سقوط‌های مرتبط با عوامل فیزیولوژیک قابل پیش‌بینی را می‌توان شناسایی و به طریق ایمن مدیریت نمود و از رخداد سقوط پیشگیری نمود.

✚ عوامل خطرزا در بخش بستری حاد و مزمن

۱. عوامل خطرزای داخلی

a. سابقه سقوط قبلی

b. اختلالات بینایی

c. معلولیت‌های همراه و وضعیت مختل عملکردی

d. قامت لرزان (نوع راه رفتن)

e. سیستم عضلانی اسکلتی

f. وضعیت مغزی

g. بیماری‌های حاد

h. بیماری‌های مزمن

i. جنسیت

j. اختلالات قلبی عروقی

k. آنمی، پایین بودن سطح سرمی هورمون پاراتیروئید افزایش آلکالین فسفاتاز، طولانی بودن زمان خونریزی کمبود ویتامین

D

۱. بیماران سالمند، بیماران بستری در بخش انکولوژی، توانبخشی، سکته و مولتیپل اسکروزیس، بیماران مبتلا به اختلالات

روانی

۲. عوامل خطرزای داخلی

- a. مصرف داروها
- b. فقدان ریل کمکی در توالی و دستشویی
- c. طراحی اسباب و اثاثیه اتاق و بخش ها
- d. شرایط زمین: کفپوش کنده شده، فرش و سطوح لغزنده
- e. عدم کفایت نور
- f. نوع کفش
- g. استفاده نامطلوب از وسایل
- h. عدم کفایت وسایل حرکتی مانند ویلچر و عصا
- i. پایین بودن نسبت کمک پرستاران به بیماران

درصد سقوط ها بر اساس آمار مورس

- ✓ سقوط های فیزیولوژیک قابل پیش بینی ۷۸٪
- ✓ سقوط های تصادفی ۱۴٪
- ✓ سقوط های فیزیولوژیک غیرقابل پیش بینی ۸٪

جدول ۲۳. معیار ارزیابی ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)

امتیاز	معیار سابقه	عوامل خطر
۰	ندارد	سابقه سقوط
۲۵	دارد	
۰	خیر (فقط یک تشخیص پزشکی فعال)	تشخیص ثانویه
۱۵	بله (بیش از یک تشخیص پزشکی فعال برای هر نوبت پذیرش)	
۰	استراحت مطلق / استفاده از ویلچر / کمک گرفتن از پرستار / بدون وسیله کمک حرکتی راه می رود	وسایل کمک حرکتی
۱۵	استفاده بیمار از عصا و واکر	
۳۰	بیمار هنگام راه رفتن از اثاثیه (کمد، صندلی و ...) اطراف خود کمک می گیرد	
۰	ندارد	مایع درمانی وریدی یا هپارین لاک
۲۰	دارد	
۰	نرمال	الگوی گام برداشتن و حرکتی
۱۰	ضعیف	
۲۰	معیوب	
۰	طبیعی (آگاه به توانایی ها و محدودیت های حرکتی خود)	وضعیت روانی - ذهنی
۱۵	اغراق در توانایی ها / فراموش کردن محدودیت ها	

امتیاز ریسک سقوط بیمار (معیار مورس)	
ریسک بالا	۴۵ و بیشتر
ریسک متوسط	۲۵ تا ۴۴
ریسک کم	۰ تا ۲۴

جدول ۲۴. ارزیابی ریسک سقوط در کودکان (معیار هامپی دامپی)

HUMPY DUMPY FALL RISK SCALE

امتیاز	ضوابط	پارامتر
۴	کمتر از سه سال	سن
۳	سه تا هفت سال	
۲	هفت تا سیزده سال	
۱	سیزده سال و بزرگتر	
۲	پسر	جنس
۱	دختر	
۴	تشخیص هاس نورولوژیک (مانند صرع، ضربه به سر، هیدروسفالی، فلج مغزی و ...)	تشخیص بالینی
۳	اختلال در اکسیژن رسانی (مانند تشخیص تنفسی، دهیدراتاسیون، آنمی، بی اشتهایی، سنکوپ و ...)	
۲	اختلالات روانی-رفتاری (اختلالات خلقی هم چون افسردگی شدید، اختلال دو قطبی و ...)	
۱	تشخیص های دیگر که شامل موارد بالا نباشد.	
۳	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی ندارد. (مثلا بیمار شیرخوار است یا دچار آسیب مغزی است)	اختلالات شناختی
۲	بیمار به ناتوانی های جسمی خود آگاهی دارد اما به دلیل مشکل فعلی که برایش ایجاد شده است، (مثلا هایپوگلیسمی و یا ضعف) محدودیت ها و ناتوانی های خود را فراموش کرده است. یا کودک تحت درمان با آرامبخش یا تحت تاثیر بیهوشی است یا کودک لجباز است.	
۱	بیمار به ناتوانی جسمی خود آگاهی کامل دارد.	
۴	سابقه سقوط در بستری فعلی یا بستری قبلی دارد. یا بیمار کودک نوپا یا شیرخواری است که در تخت مناسب کودک قرار نگرفته است.	فاکتورهای محیطی
۳	بیمار از وسایل کمک حرکتی مانند ویلچر، عصا یا واکر استفاده می کند یا بیمار کودک یا شیرخواری است که در تخت مخصوص کودک قرار گرفته است، اما در اتاق چند تخته، با نور کم و وسایل و تجهیزات پزشکی متعدد است.	
۲	بیمار بزرگتر از سه سال که در تخت است.	
۱	بیماری که جهت انجام تست های تشخیصی به صورت سرپایی مراجعه کرده است.	
۳	تا ۲۴ ساعت بعد از عمل	
۲	تا ۴۸ ساعت بعد از عمل	پاسخ به جراحی، مسکن و یا داروهای بیهوشی
۱	بیش از ۴۸ ساعت گذشته است یا اصلا انجام نشده است.	
۳	استفاده از داروهای مسکن ها (به غیر از بیماران بستری در بخش های مراقبت ویژه که کاملا بیهوش و فلج شده اند) خواب آور ها و آرامبخش ها -باربیتورات ها - فنوتیازین ها - ضد افسردگی ها- ملین ها و یا دیورتیک ها - نارکوتیک ها	داروهای مصرفی
۲	فقط یکی از داروهای لیست بالا را دریافت کند.	
۱	هیچ یک از داروهای لیست بالا را دریافت نکند. یا اصلا دارو دریافت نکند.	
ریسک پایین: ۷-۱۱		جمع کل
ریسک بالا: ۱۲ و بالاتر		

+ اقدامات پیشگیری

۱. با استفاده از معیار مورش یا سایر ابزارها احتمای سقوط را در بیماران بررسی نمائید.
 ۲. در صورت مثبت بودن نتیجه ارزیابی سقوط، برای پیشگیری از سقوط طرح درمانی بریزید.
 ۳. طرح پیشگیری را با کمک پرستاران، پزشکان، فیزیکیال تراپیست ها در میان گذارده و اجرایی نمائید.
- پیشگیری موثر از سقوط بیماران منوط به کار تیمی و برنامه ریزی منسجم درمانی است.**

۴. در صورت سقوط، بیمار را حتماً به لحاظ آسیب احتمالی مرتبط ارزیابی نمائید.
۵. از بیمار بخواهید در صورت لزوم درخواست کمک نماید.
۶. حفاظ تخت بیماران را همیشه بالا نگه دارید.
۷. در کنار تخت بیمار، صندلی راحتی بگذارید.
۸. ارتفاع تخت بیمار از زمین، در پایین ترین سطح ممکن باشد.
۹. دسترسی بیمار به وسایل کمک حرکتی مثل عصا و واکر را تسهیل نمایید.
۱۰. در اتاق درمان یا سایر واحدها، بیمار در معرض خطر را تنها رها نکنید.
۱۱. بیمار یا همراهانش را در زمینه‌ی راه های پیشگیری از سقوط، آموزش دهید.
۱۲. در حین انتقال بیماران، از بالا بودن حفاظ برانکار، اطمینان حاصل کنید.
۱۳. راهروهای منتهی به توالی باید دارای نور کافی باشند.
۱۴. در راهروها نباید هیچ مانعی بر سر راه بیماران قرار گیرد.
۱۵. بیماران را راهنمایی کنید که دمپایی یا کفش های مناسب بپوشند تا سر نخورند.
۱۶. شب ها باید محیط را نسبتاً روشن نگه دارید.
۱۷. بین ساعت ۶ صبح تا ۱۰ شب، هر ساعت یکبار به بیمار سر بزنید و هر بار این فعالیت ها را انجام دهید:

✓ بررسی سطح درد بیمار

✓ دادن دارو

✓ رفع نیاز بیمار به اجابت مزاج (بایستی نیاز بیمارانی که به دفع مکرر احتیاج دارند بایستی بر طبق جدول زمان بندی به فواصل منظم و به صورت مستمر رفع شود)

✓ بررسی وضعیت دمپایی ها

✓ حصول اطمینان از اینکه تخت بیمار در وضعیت قفل شده قرار داشته باشد

✓ تنظیم ارتفاع تخت در پایین ترین حد ممکن و رفع نیاز به تغییر وضعیت

✓ بررسی سهولت دسترسی بیمار به تلفن، کنترل تلویزیون و زنگ احضار پرستار

✓ در دسترس قرار دادن سطل آشغال، میز کنار تخت و دستمال کاغذی

✓ قبل از ترک بالین بیمار به او اطمینان دهید که حداکثر تا یک ساعت دیگر یکی از پرستاران به او سرکشی خواهد کرد.

۱۸. اگر بیمار داروهایی مصرف می کند که بر سطح هوشیاری، دفع و راه رفتن وی تاثیرگذار است، زمانی که دارو به بیشترین حد خود در خون می رسد، کاملاً باید مراقبش باشید. بررسی احتمال خطر سقوط بیمار، وقتی تحت درمان با داروهای زیر باشد:

✓ کم: دیورتیک

✓ متوسط: داروهای قلبی، پرفشاری خون، ضد افسردگی، آنتی آریتمی

✓ بالا: آنتی سایکوتیک، بنزودیازپین، ضد تشنج

۱۹. اگر بیمار، وسیله کمک حرکتی خود را از منزل آورده، حتماً ایمنی آن را چک نمایید.

۲۰. وسیله کمک حرکتی بیمار باید کنار تخت و به سهولت قابل دسترس وی باشد.

۲۱. بیمارانی که دچار مشکل حرکتی هستند حتی ممکن است با وجود وسیله کمک حرکتی، نیاز به کمک پرستار داشته باشند.

۲۲. اختلالات بینایی بیماران بستری در حد امکان بایستی رفع شود.

راهنمای پیشگیری از زخم فشاری

Pressure Ulcer Guideline Preventing

زخم فشاری جراحات موضعی پوست یا بافت زیرین بر روی زائده استخوانی در نتیجه فشار یا ترکیبی از فشار و نیروهای خردکننده می باشد. به عبارت دیگر مهم ترین اثر بی حرکتی بر روی پوست با ایجاد زخم فشاری مطرح می شود. در واقع هنگامی که بافت های نرم بدن انسان در میان دو لایه حمایت کننده خارجی (بستر یا صندلی) و لایه داخلی (اسکلت) مدت طولانی فشرده شود، زخم فشاری ایجاد می شود. حداقل زمان ایجاد زخم فشاری در مددجویان مختلف از نیم تا دو ساعت متغیر است. زخم های فشاری بر اساس عمق بافت صدمه دیده به دو دسته تقسیم می شوند: عمقی و سطحی

✓ **زخم های فشاری عمقی** که از بافت زیر جلدی برجستگی های استخوانی شروع شده و سپس به سمت لایه های فوقانی پوست گسترش می یابند با علائم ایجاد توده ای سفت در زیر پوست و تغییر رنگ پوست به صورت بنفش رنگ مشخص می شود.

✓ **زخم های فشاری سطحی** که از پوست شروع شده و در صورت عدم درمان به بافت های زیرین گسترش می یابند، خود به ۴ درجه به شرح ذیل تقسیم می شوند:

۱. زخم های فشاری درجه یک:

پرخونی پوست، پوست با اعمال فشار سفید نمی شود، احتقان و تورم موضعی پوست، افزایش درجه حرارت موضعی و درد علائم و نشانه های زخم های فشاری درجه یک است.

۲. زخم فشاری درجه دو:

زخم فشاری درجه ۲ با تظاهر تاول، خراشیدگی و یا کراتر، نکروز، ترومبوزیس، ادم و ارتشاح سلولی اپیدرم و تورم و قرمزی لبه های زخم مشخص می شود.

۳. زخم فشاری درجه سه:

فقدان کامل پوست و صدمه و نکروز زیرجلدی و ایجاد حفره ای عمیق در موضع مبتلا از شاخص ترین علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۳ است

۴. زخم فشاری درجه چهار:

علائم و نشانه های زخم فشاری درجه ۴ عبارت است از فقدان کامل پوست، تخریب وسیع پوستی، نکروز بافتی درگیری عضلات، استخوانها و ساختارهای حمایتی نظیر تاندون و یا کپسول مفاصل و سفتی، سختی و نکروز لبه های زخم

✚ بروز زخم های فشاری موجب از بین رفتن اولین خط دفاعی بدن، احتمال ابتلاء به عفونت عدم تعادل الکترولیتی (دفع پروتئین و مایعات غنی از الکترولیت از بدن)، درد شدید، افسردگی، تعادل منفی نیتروژن، سپتی سمی، استئومیلیت، آمیلوئیدوز و مرگ می شود.

اصول عمومی پیشگیری از زخم فشاری

وجود خط مشی در مرکز ارائه کننده خدمات سلامت مبنی بر اجرای روشهای اجرایی ذیل درخصوص ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری

در مورد تمامی بیماران بستری در بخش های بیمارستانی خط مشی ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری را اجرا و با استفاده از معیار

پیشگو کننده بیماران مستعد را غربالگری کنید. عوامل اتیولوژیک زخم های فشاری بر اساس دو مفهوم عوامل مرتبط به شدت و مدت فشار وارده بر پوست نظیر میزان تحرک، فعالیت و درک حسی مددجو و علل تغییر تحمل بافتی نسبت به فشار (عوامل داخلی و عوامل خارجی) دسته بندی می شوند.

۱. از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری با توجه به عوامل داخلی به شرح ذیل استفاده نمایید.

A. بی اختیاری ادرار و مدفوع

B. فقدان درک حسی

C. فاکتورهای عروقی

D. سالمندی

E. سوء تغذیه

F. کاهش فشارخون شریانی

G. افزایش درجه حرارت بدن

H. کاهش مقاومت بدن به عفونت

I. اختلالات رطوبتی پوست اعم از پوست بسیار خشک یا مرطوب و پوست اریتماتو

J. محدودیت حرکتی به ویژه بیماران وابسته به تخت یا صندلی چرخدار(همی پلژی، پاراپلژی و کوادروپلژی)

K. بیماری های مزمن: دیابت، سرطان و آنمی

۲. از رویکرد ساختارمند برای ارزیابی بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری با توجه به عوامل خارجی به شرح ذیل استفاده نمایید.

A. فشار

B. نیروهای ناشی از اصطکاک

C. نیروهای خرد کننده

D. عدم رعایت بهداشت

E. جابجایی و تغییر وضعیت بیمار به روش غلط

F. وضعیت نامطلوب بیمار در بستر

G. تزریقات مکرر در یک ناحیه از پوست

H. سختی سطوح زیرین بیمار

I. ناهمواری سطوح زیرین بیمار

J. وجود تکه های ریز غذا و مواد زاید مختلف در تخت بیماران

۳. از رویکرد ساختارمند مبتنی بر عوامل خطر زای اصلی زخم فشاری و قضاوت بالینی برای ارزیابی بیماران مستعد زخم فشاری استفاده کنید.

A. شاخص های وضعیت تغذیه بیمار شامل آنمی، هموگلوبین، سطح آلبومین سرم، میزان دریافت مواد غذایی و وزن.

B. عوامل مؤثر بر تهویه و اکسیژناسیون بافتی شامل ابتلاء به دیابت، فاکتورهای عروقی، اختلالات قلبی عروقی، فشارخون پایین، ABI (ankle brachial index) و مصرف اکسیژن

C. سن بالا

D. کاهش مقاومت بدن به عفونت و ابتلاء به بیماریهای مزمن مانند سرطان و آنمی، سوءتغذیه، کاهش فشارخون شریانی

E. تأثیر بالقوه عوامل ذیل بر احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری

✓ نیروهای ناشی از اصطکاک و شکست پوست

✓ درک حسی

✓ وضعیت عمومی سلامت

✓ درجه حرارت بدن (افزایش درجه حرارت بدن)

۴. با تغییر شرایط، بیمار را به لحاظ احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری ارزیابی مجدد نمایید.

۵. در پرونده بیمار نتیجه ارزیابی اولیه را ثبت نمایید. این کار می تواند توسط کادر پرستاری ذی صلاح با استفاده از "معیار های

پیشگو کننده ابتلاء به زخم فشاری" در بدو پذیرش بیمار در بیمارستان / بخش بستری و معاینه جامع پوست و قضاوت بالینی پزشک معالج انجام شود.

✚ معیار نورتون یکی از معتبرترین معیارهای پیشگو کننده شانس ابتلاء به زخم فشاری است و بر اساس ۵ زیر معیار وضعیت جسمانی، وضعیت مغزی، سطح فعالیت، میزان تحرک و بی اختیاری تنظیم شده است. معیار نورتون یک معیار نزولیست که حداکثر نمره اکتسابی در این معیار ۲۰ و حداقل آن ۵ می باشد.

۶. در بیماران مستعد بر اساس میزان خطر الزامی است با رویکرد تیمی اقدامات مراقبتی پیشگیرانه / درمانی برنامه ریزی و اجرا کنید.

I. با توجه به عوامل خطر زای شناسایی شده در ارزیابی بیمار به لحاظ استعداد ابتلا به زخم فشاری به منظور به حداقل رسانیدن تأثیر متغیر ها برنامه درمانی اختصاصی پیش بینی نمایید.

II. به برجستگی های استخوانی بیمار در وضعیت های مختلف توجه نمایید.

(a) نقاط فشاری در وضعیت خوابیده به پشت: پشت سر، ساکروم، باسن، آرنج ها، و پاشنه های پاها

(b) نقاط فشاری در وضعیت طرفی: لاله گوش، شانه، قسمت قدامی خار خاصره ای، تروکانتر، قسمت داخلی زانو، ساق پا پشت پا در ناحیه زانو، لبه خارجی پا، قوزک میانی و خارجی اندام تحتانی

(c) نقاط فشاری در وضعیت دمر: گونه ها، آرنج ها، جلوی پا، خار خاصره ای، زواید دنده ای، پستان ها، ناحیه تناسلی خارجی در مردان

III. مددجویان در معرض خطر زخم فشاری عبارتند از گروه های ذیل که اجرای برنامه مراقبتی پیشگیرانه از ابتلاء به زخم فشاری برای آنان الزامی است.

A. سالمندان

B. افراد چاق و یا فوق العاده لاغر

C. مبتلایان به ضایعات عصبی

D. بیماران فوق العاده کم تحرک که از فعالیت جسمانی اندکی برخوردارند و یا بیماران آژیته که مهار فیزیکی شده اند

E. بیماران با کاهش سطح هوشیاری و کمایی

F. بیماران با اختلالات بی اختیاری ادرار و مدفوع

G. بیماران با اختلالات ارتوپدی نظیر بیماران تحت درمان با گچ، کشش و یا بریس

H. بیماران ادماتو که دچار کمبود ویتامین و یا پروتیین

I. مبتلایان به سوء تغذیه و کم خونی

J. مبتلایان به بیماری های مزمن نظیر نارسایی احتقانی قلب، اختلالات کلیوی، گوارشی، دیابت و سرطان ها

K. بیماران با اختلالات حرکتی اعم از بیماران همی پلژی، پاراپلژی و کوادرپلژی

L. بیماران با تب بالا

M. بیماران با اختلالات شدید مغزی نظیر کتوتونیا و عقب ماندگی ذهنی

N. بیماران با دردهای شدید

O. بیماران بستری در بخش ICU

۷. ارزیابی جامع و کامل پوست، ثبت یافته ها در پرونده بیمار و تبادل اطلاعات در کل تیم بایستی جزئی از ارزیابی احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری باشد.

- I. ارزیابی جامع پوست شامل تکنیک شناسایی پاسخ به تغییر رنگ به سفیدشدن در قبال فشار انگشت در موضع (Blanching) گرما، ادم و سفتی موضعی را به متخصصین آموزش دهید.
- II. با توجه به این که قرمزی موضع در بیماران رنگین پوست به خوبی قابل شناسایی نیست ، در بیماران در معرض خطر ابتلاء به ویژه در صورت وخامت شرایط کلی بیمار ، به طور فعال در دوره های زمانی کوتاه نواحی مختلف پوست را به لحاظ قرمزی جستجو نمایید
 - (a) به خاطر بسپارید که کشف به موقع علائم از پیشروی سریع زخم کمک می نماید.
 - (b) جستجوی پوست بیمار به لحاظ گرما ، ادم و سفتی موضعی به ویژه در بیمارانی که دارای پوستی تیره بوده به لحاظ کشف سریع علائم زخم فشاری درجه یک بسیار حائز اهمیت است.
 - (c) از بیماران در خصوص وجود هر گونه درد یا ناراحتی که می تواند به شناسایی آسیب ناشی از زخم فشاری کمک نماید ، بپرسید .
 - (d) پوست بیمار را به لحاظ آسیب ناشی از وسایل و لوازم پزشکی نظیر کاتترها، لوله اکسیژن، لوله ونتیلاتور و بريس گردنی سفت و غیره بررسی نمایید.
- III. یافته های ارزیابی جامع پوست را به دقت و به طور صحیح ثبت کنید تا بتوان بر اساس آن ها میزان پیشرفت بیمار را ارزیابی نمود.

🚩 مراقبت پوست

1. تا حد امکان بدن بیمار را بر روی موضعی که هنوز از فشار قبلی قرمز است برنگردانید.
2. از ماساژ برای پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری استفاده نکنید.
ماساژ استراتژی توصیه شده در پیش گیری از ابتلاء به زخم فشاری نیست.
3. از مالش شدید پوست در افراد مستعد به ابتلاء زخم فشاری خودداری نمایید.
 - (a) مالش شدید پوست می تواند سبب تخریب لایه های پوست، افزایش پاسخ التهابی به ویژه در بیماران مسن ضعیف گردد.
 - (b) به منظور بهبود جریان خون موضعی ، بعد از تغییر وضعیت بیمار پوست سالم اطراف زخم را با استفاده از مواد نرم کننده به ملایمت ماساژ دهید.
 - (c) از ماساژ نواحی قرمز پوست به دلیل صدمه بیشتر پیش گیری نمایید.
 - (d) برای تمیز نمودن پوست از مواد تمیز کننده با خاصیت اسیدی ملایم استفاده نمایید و سپس آن را خشک نموده و با لوسیون ماساژ ملایم دهید.
 - (e) جهت تمیز نمودن پوست از آب داغ استفاده نکنید.
4. به منظور کاهش احتمال خطر آسیب پوست با استفاده از امولوسیون های مرطوب کننده ، پوست را مرطوب نگاه دارید.
5. از آن جا که رطوبت زیاد و تغییر دمای ناشی از آن سبب از بین رفتن ویژگی های مکانیکی لایه شاخی پوست می شود. به منظور کاهش احتمال خطر ابتلاء به زخم فشاری از پوست در قبال رطوبت بسیار زیاد محافظت نمایید.

🚩 اقدامات پیشگیری

✓ بهبود وضعیت تغذیه برای پیش‌گیری از ابتلاء به زخم فشاری :

۱. از آن‌جا که سوء‌تغذیه از عوامل خطر بسیار مهم در ایجاد و پیشرفت زخم فشاری بشمار می‌رود، وضعیت تغذیه‌ای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری را ارزیابی و غربالگری نمایید.
۲. از ابزار تأیید شده و پایا که هم برای کارکنان قابل استفاده باشد و هم مورد پذیرش بیماران باشد، برای غربالگری وضعیت تغذیه افراد در معرض خطر استفاده نمایید.
۳. برای تمامی افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری مشاوره تغذیه‌ای را برنامه‌ریزی نمایید.
۴. برای افراد مستعد به ابتلاء به زخم فشاری و احتمال خطر سوء تغذیه حمایت تغذیه‌ای در نظر بگیرید که بایستی شامل موارد ذیل باشد:

(a) ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای

(b) برآورد نیازهای تغذیه‌ای

(c) مقایسه دریافت مواد مغذی با نیازهای تغذیه‌ای بیمار

(d) برای بیماران مداخلات مناسب تغذیه‌ای مبتنی بر راه تغذیه‌ای مناسب فراهم نمایید.

۵. با توجه به این‌که بیماران در طی دوره بیماری می‌توانند به روش‌های درمانی متفاوت نیاز داشته باشند، پیامدهای تغذیه‌ای بیمار را با ارزیابی مکرر وضعیت تغذیه‌ای وی در دوره‌های زمانی منظم پایش و ارزشیابی نمایید.
۶. برای بیماران در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری که مشکلات تغذیه‌ای داشته یا در معرض خطر سوء تغذیه می‌باشند تغذیه روده‌ای (Enteral Nutrition) در نظر بگیرید.
۷. برای افرادی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری و سوء‌تغذیه می‌باشند، روزانه حداقل ۳۵ - ۳۰ kcal به ازای هر کیلو وزن بدن با ۱.۵ - ۱.۲۵ g/kg/day پروتئین و ۱ میلی‌لیتر دریافت مایعات به ازای هر kcal روزانه در نظر بگیرید.
۸. رژیم غذایی سرشار از فرآورده‌های آهن، ویتامین‌ت، "ا"، "ب"، و مواد معدنی روی و سولفور در پیش‌گیری از زخم فشاری مؤثر است.
۹. در بیماران با بی‌اختیاری ادراری و مدفوع:
۱۰. در مورد نیاز بیمار به استفاده از دستشویی حداقل هر ۲ ساعت یک بار سؤال نمایید.

۱۰. در صورت وقوع بی‌اختیاری پوست ناحیه پرینه را با آب و صابون بشویید، ملحفه‌های بیمار را سریعاً تعویض نمایید

✚ توصیه‌های اختصاصی

علاوه بر رژیم غذایی معمول برای بیمارانی که به علت بیماری حاد یا مزمن یا پس از مداخلات جراحی در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری و سوء‌تغذیه می‌باشند، مکمل‌های ترکیبی غذایی پر پروتئین را به صورت خوراکی از راه دهان یا از راه لوله بدهید. به یاد داشته باشید که تغذیه از راه دهان روش ارجح دریافت مواد غذایی است و دریافت مکمل‌های غذایی در بیماران مستعد ابتلاء به زخم فشاری در کاهش میزان بروز زخم فشاری بسیار مفید بوده است.

✚ تغییر وضعیت:

در تمامی افراد در معرض خطر بایستی تغییر وضعیت جزئی از برنامه مراقبت پیشگیرانه باشد. فشار شدید در نواحی استخوانی برای مدت کوتاه یا فشار ملایم در طولانی مدت آسیب رسان می باشند.

- I. به منظور کاهش مدت و شدت فشار در نواحی آسیب پذیر بدن بیمار را تغییر وضعیت دهید.
- II. نسبت تغییر وضعیت فرد بستگی به تحمل بافتی، سطح فعالیت فرد، وضعیت عمومی و ارزیابی وضعیت پوست بیمار دارد.
- III. نسبت تغییر وضعیت بیمار بستگی مستقیم به سطوح حمایتی مورد استفاده دارد.
- IV. تغییر وضعیت بیمار بر روی تشک معمولی به نسبت تشک توزیع کننده فشار بایستی بیشتر باشد.

تکنیک تغییر وضعیت:

- I. با در نظر گرفتن راحتی، حرمت و توانایی عملکردی فرد بایستی تغییر وضعیت انجام شود.
- II. بیمار را به نحوی تغییر وضعیت دهید که فشار از روی موضع یا برداشته شود یا توزیع مجدد شود.
- III. در هنگام تغییر وضعیت بیمار کاملاً بی حرکت بستری در تخت یا وابسته به صندلی، از کشیدن وی در تخت اجتناب نموده و وی را کاملاً از سطح تخت جدا کرده و سپس جابجا نمایید.
- IV. برای سهولت جابجایی و تغییر وضعیت بیماران کاملاً بی حرکت (وابسته به تخت) می توان از ملحفه استفاده نمود.
- V. بیمار را مستقیماً بر روی وسایل درمانی متصل به وی نظیر لوله ها و کاتتر ها جابجا نکنید.
- VI. از جابجایی و تغییر وضعیت مددجو یا اعمال فشار مستقیم بر روی تروکانتر بزرگ در وضعیت طرفی پرهیزید.
- VII. از جاگذاری بیمار بر روی زائده موجود استخوانی با اریتمی که در اثر فشار سفید نمی شود اجتناب نمایید.
- VIII. بیمار را به صورت متناوب در وضعیت دراز کشیده ۳۰ متمایل به سمت طرفی (چپ و راست) و دراز کشیده به پشت قرار دهید. یا در صورت تحمل بیمار او را در وضعیت دمر قرار دهید. از وضعیت هایی که میزان فشار را در مواضع خاصی می افزاید نظیر دراز کشیده به سمت طرفی، نیمه نشسته یا نشسته در وضعیت ۹۰ درجه اجتناب نمایید.
- IX. در صورت امکان از بالا بودن سر تخت به میزان بیش از ۳۰ درجه و در مدت بیشتر از نیم ساعت در بیماران بستری اجتناب نمایید.
- X. در صورت نیاز به وضعیت نیمه نشسته بیمار در بستر، با گذاردن تخته پایین تخت و در کف پای بیمار از لغزیدن بیمار در تخت و اعمال فشار بیش از حد بر روی ساکروم پیش گیری نمایید.
- XI. در صورت قرار گرفتن بیمار در وضعیت نیمه نشسته در تخت از بلند کردن سر تخت و یا در وضعیت مچاله که باعث افزایش فشار در ناحیه ساکرال و کوکسی می شود اجتناب نمایید.

تغییر وضعیت فرد نشسته :

- I. بیمار را به نحوی وضعیت دهید که امکان فعالیت کامل او حفظ شود.
- II. بیمار را در وضعیتی قرار دهید که از نظر وی راحت است.
- III. در هنگامی که در وضعیت نشسته پای فرد به زمین نمی رسد از زیر پایی برای وی استفاده کنید، به نحوی که لگن کمی خم شده و ران ها کمی پایین تر از وضعیت افقی قرار گیرند.

۱۷. با توجه به این که در وضعیت نشسته بیشترین فشار بر روی توبرزیته ایسکیال وارد می شود و از آن جا که سطح بسیار کوچکی است، لذا فشار فوق العاد زیاد در زمان کوتاهی خواهد بود که در صورت عدم تغییر وضعیت بیمار منجر به زخم فشاری سریع خواهد شد.

۱۸. برنامه تغییر وضعیت بیمار به ویژه تکرر و وضعیت های داده شده و پیامد های آن را ثبت نمایید.

۱۹. به تمامی کادر بالینی که در مراقبت از افراد در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری دخیل می باشند، تغییر وضعیت و اهمیت آن را در پیش گیری از زخم فشاری آموزش دهید.

تدابیر کلی:

۱. در یک ناحیه از پوست بیمار به صورت مستمر از چسب های طبی استفاده ننمایید.

۲. بستر بیماران را عاری از مواد زاید و تکه های ریز غذا نگاهدارید.

۳. در یک ناحیه از پوست بیماران به طور مکرر تزریق ننمایید.

۴. به منظور پیش گیری از صدمه به پوست مددجویان ناخن های خود را کوتاه و انگشتر یا سایر زینت آلات را از دست خود خارج نمایید.

۵. ملحفه زیرین بیمار را صاف و عاری از چین و چروک نگاهدارید.

سطوح حمایتی :

۱. تا زمانی که بیماران در معرض خطر زخم فشاری می باشند استفاده از سطوح حمایتی برای آنان استفاده شود.

۲. در تعیین سطح حمایتی مورد نیاز بیمار، بایستی سطح حرکتی بیمار و راحتی را در نظر گرفت.

۱. از تشک های کم فشار (تشک های با فشار متناوب و یا مواج) استفاده ننمایید.

۲. با استفاده از وسایلی نظیر بالش و حوله های تاشده از سایش مستقیم زواید استخوانی نظیر زانوها و قوزک ها بر روی یکدیگر پیش گیری نمایید.

۳. با استفاده از پد های محافظ ، لایه ای اضافی متناسب یا وزن بدن مددجو در زیر ساکروم، تروکانترها، پاشنه ها، آرنج، خارکتف و پشت سر ایجاد کنید.

۴. با استفاده از گهواره روی تخت از میزان فشار وارده بر انگشتان پای مددجو بکاهید.

۵. از پشم گوسفند در پیش گیری از زخم فشاری می توان استفاده نمود.

۶. با قرار دادن قوزک های پا در بین پلی از دو بالش از بروز زخم فشاری در پاشنه های پای بیمار پیش گیری نمایید.

۷. از قرار دادن بیماران بر روی تشک های هوایی حلقه ای اجتناب نمایید.

تمهیدات ویژه در گروه خاص

بیماران تحت عمل جراحی

- I. با در نظر گرفتن عواملی از جمله طول عمل، افزایش دوره های کاهش فشارخون شریانی در طی عمل، کاهش درجه حرارت بدن و کاهش سطح حرکتی بیمار در طی روز اول پس از عمل که باعث افزایش خطر احتمال بروز زخم فشاری در بیماران کاندیدای عمل جراحی می شود، میزان احتمال بروز زخم فشاری را در بیمار ارزیابی کنید.
- II. از تشک های توزیع کننده فشار بر روی تخت عمل جراحی برای تمامی بیمارانی که در معرض خطر ابتلاء به زخم فشاری می باشند استفاده نمایید.
- III. بیمار را حین جراحی به نحوی وضعیت دهید که از احتمال خطر بروز زخم فشاری کاسته شود.
- IV. پاشنه های پای بیمار را از سطح تخت بلند کنید و زانو های بیمار کمی خم نمایید به نحوی که وزن بدن بیمار بدون این که بر روی تاندون آشیل قرار گیرد بر روی تمامی ساق پای وی توزیع شود، با این عمل از هیپر اکستانسیون زانو که می تواند سبب انسداد ورید پوبلیته آل شده و فرد را در معرض ترومبوز وریدهای عمقی قرار دهد نیز اجتناب می شود.
- V. بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی بر روی تشک کم فشار قرار دهید.
- VI. بیمار را قبل و بعد از عمل جراحی به نحوی وضعیت دهید که با وضعیت وی در حین عمل متفاوت باشد.

جدول ۲۵ . C.2 بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت های بیمارستانی دارد.

بیانیه معیار	سطح معیار	C.2
--------------	-----------	-----

C.2.1.1 بیمارستان دارای برنامه هماهنگ و جامع برای کلیه فعالیتهای مربوط به پیشگیری و کنترل عفونت است که تمام رشته ها و تخصص ها را در بر می گیرد.	معیار الزامی	بیمارستان، سیستمی برای کاهش خطر ابتلا به عفونت های بیمارستانی دارد.
C.2.1.2 بیمارستان تمیزی، ضد عفونی و استریلیزاسیون مناسب کلیه تجهیزات را تضمین می نماید.		
C.2.1.3 فردی واجد شرایط به عنوان مسئول تمامی فعالیت های پیشگیری و کنترل عفونت تعیین شده است.		
C.2.2.1 بیمارستان جهت پیشگیری و کنترل عفونت از راهنماهای مبتنی بر شواهد، از جمله راهبرد بهبود چندمدلی سازمان جهانی بهداشت برای برنامه اثربخش پیشگیری و کنترل عفونت تبعیت می نماید.	معیار اساسی	
C.2.2.2 بیمارستان وجود دائمی و صحت کارکرد تجهیزات و وسایل ضروری پیشگیری و کنترل عفونت را تضمین می نماید.		
C.2.2.3 بیمارستان دارای دستورالعملهای کاربردی ایزولاسیون، تعاریف و احتیاطات است.		
C.2.2.4 بیمارستان به منظور کاهش مقاومت میکروبی، خط مشی ها و روشهای اجرایی مصرف منطقی آنتی بیوتیکها را به کار می بندد و یک برنامه فعال تولید ضد میکروبی دارد.		
C.2.2.5 بیمارستان راهنماهای معتبر در زمینه بهداشت دست از جمله راهنماهای سازمان جهانی بهداشت را اجرامی نماید.		
C.2.2.6 بیمارستان به منظور شناسایی عفونتهای کلونیزه شده و قابل انتقال، کارکنان را قبل از استخدام و به طور منظم پس از استخدام بر اساس بهترین شواهد موجود غربالگری می نماید.		
C.2.2.7 بیمارستان جهت محافظت کارکنان و نیروهای داوطلب در برابر عفونتهای ناشی از خدمات سلامت تمهیداتی از جمله تلقیح واکسن هیپاتیت B ارائه می نماید.		
C.2.2.8 بیمارستان در زمان مقتضی از مدیریت بسته ای تبعیت می نماید.		
C.2.3.1 بیمارستان دارای نظام مراقبت عفونتهای بیمارستانی است.	معیار پیشرفته	

جدول ۲۶. C.3. بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.

بیانیه معیار	سطح معیار	C.3
--------------	-----------	-----

C.3.1.1 بیمارستان، راهنماهای معتبر از جمله راهنمای سازمان جهانی بهداشت را در زمینه خون و فرآورده های خونی ایمن و باکیفیت اجرا می نماید.	معیار الزامی	بیمارستان، ایمنی خون و فرآورده های خونی را تضمین می نماید.
C.3.1.2 بیمارستان تضمین می نماید که جهت شناسایی نمونه خون بیماران برای تست کراس مج از دو شناسه اختصاصی و انحصاری استفاده می نماید.		
C.3.2.1 بیمارستان از راهنماهای تجویز ایمن و متناسب خون و فرآورده های خونی از جمله استفاده از محلول های جایگزین تبعیت می نماید.	معیار اساسی	
C.3.2.2 بیمارستان خطمشی و روشهای اجرایی برای مدیریت حوادث پس از انتقال خون دارد.		

همووژیلاز

تزریق خون و فراورده های خونی با شیوه ایمن و رعایت ضوابط شناسایی صحیح بیمار و تحت مراقبتهای مستمر انجام می شود.

- ✓ شناسایی ایمن بیمار طبق دستورالعمل ابلاغی وزارت بهداشت و احراز و تایید هویت صحیح بیمار به صورت همزمان توسط دو کادر بالینی
 - ✓ مقایسه و تایید هویت بیمار با پرونده وی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
 - ✓ مقایسه و تایید هویت بیمار با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی و دستور تزریق خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
 - ✓ بررسی و تایید انطباق دستور تزریق خون با مشخصات مندرج بر روی کیسه خون ارسالی از سوی بانک خون، همزمان توسط دو کادر بالینی
 - ✓ بررسی تاریخ انقضا کیسه و مخدوش بودن اطلاعات روی آن پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
 - ✓ بررسی وضعیت ظاهری کیسه از نظر کدورت، تغییر رنگ، وجود لخته، همولیز، حباب گاز و هرگونه نشستی پیش از تزریق خون و فرآورده های خونی
 - ✓ نظارت مستمر پرستار مسئول بیمار در ۵ دقیقه اول پس از تزریق با حضور دائم بر بالین بیمار و در ۱۵ دقیقه اول از طریق مراجعه و ارزیابی های مکرر بر بالین بیمار
 - ✓ توجه به سوابق تزریق خون بیمار و بررسی هرگونه عدم انطباق و انجام هماهنگی لازم با بانک خون
 - ✓ قطع فرایند تزریق خون بیمار در صورت بروز هر سطح/ نوع از واکنش انتقال خون توسط پرستار
 - ✓ اطلاع رسانی به پزشک و بانک خون و انجام سایر اقدامات لازم مطابق راهنمای همووژیلاز
- در کلیه مراحل تزریق خون راهنمای همووژیلاز ابلاغی از سوی وزارت متبوع رعایت شود.

نصب پوستر اقدامات مورد نیاز قبل از تزریق خون توسط پرستاران تهیه شده در سازمان انتقال خون در محل مناسب و قابل رویت توصیه می شود. اخذ مشارکت فعال از بیمار/خانواده به ویژه در بیماران با تزریق مستمر خون برای انطباق بررسی ها با سوابق تزریق خون قبلی کمک کننده است اما ملاک نیست.

حداقل اطلاعات لازم بر روی برچسب کیسه های خون حداقل شامل نام و نام خانوادگی، نام پدر و کد انحصاری رایانه ای بیمار دریافت کننده خون، وضعیت سازگاری، گروه خون و RH، نام بخش مصرف کننده به صورت خوانا است. جداسازی و مشخص ساختن خون های کراس ماچ شده در یخچال به وسیله برچسب استاندارد کراس ماچ که اطلاعات برچسب حداقل شامل نام، نام خانوادگی، بخش بستری، شناسه واحد رایانه ای بیمار و نام و نام خانوادگی فرد انجام دهنده آزمایش سازگاری بر روی کیسه های خون با قید وضعیت سازگاری است. زنجیره تحویل و انتقال کیسه های خون از بانک خون به بالین بیمار و بالعکس تحت کنترل بوده و حداقل نام گیرنده، نام بخش و نام انجام دهنده آزمایشات سازگاری، تمامی مشخصات کیسه، مشخصات اهدا کننده و زمان تحویل و نام تحویل گیرنده در آزمایشگاه بانک خون ثبت و نگهداری می شود.

عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده های خونی با استفاده از فرمهای نظام مراقبت از خون گزارش می شود.

- ✓ استفاده از فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون برای تمامی عوارض ناخواسته
- ✓ گزارش عوارض ناخواسته انتقال خون و فراورده های خونی به سازمان انتقال خون حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه
- فرم استاندارد گزارش عوارض ناخواسته احتمالی تزریق خون تهیه شده توسط سازمان انتقال خون به طور کامل و حداکثر ظرف ۴۸ ساعت از وقوع عارضه به دفتر همووئولانس سازمان انتقال خون ارسال شود

وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون و فراورده های خونی شناسایی، پیشگیری و مدیریت می شوند.

- ✓ طرح تمامی وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون در کمیته طب انتقال خون
- ✓ تحلیل ریشه ای وقایع ناخواسته ناشی از انتقال خون
- ✓ طراحی و اجرای اقدامات اصلاحی/ برنامه بهبود در صورت لزوم در کمیته طب انتقال خون

جدول ۲۲ . C.4 سیستم دارویی بیمارستان، ایمن است.

بیانیه معیار	سطح معیار	C.4
C.4.1.1 داروساز دارای مجوز فعالیت، سیستم مدیریت دارویی را در بیمارستان به نحوی مدیریت می نماید که نیازهای بیمار را پاسخ داده، قوانین و مقررات کاربردی جاری را رعایت کرده و از راهنماهای سازمان جهانی بهداشت تبعیت می نماید.	معیار الزامی	سیستم دارویی بیمارستان، ایمن است.
C.4.1.2 بیمارستان محلولهای الکترولیت با غلظت بالا را در مکانی ایمن نگهداری می نماید.		
C.4.1.3 بیمارستان وجود داروهای حیاتی را در تمام ساعات شبانه روز (۲۴ ساعته) تضمین می نماید.		
C.4.2.1 بیمارستان خوانا بودن دست خط پزشکان را در زمان نوشتن نسخ و دستورات پزشک تضمین می نماید.	معیار اساسی	
C.4.2.2 بیمارستان انجام تلفیق دارویی راهنگام بستری، انتقال و ترخیص بیماران تضمین می نماید.		
C.4.2.3 بیمارستان آموزش داروها را به بیمار و مراقبین وی در زمان ترخیص تضمین می نماید.		
C.4.2.4 بیمارستان تهیه غلظتهای مختلف داروها را محدود و استاندارد می نماید.		
C.4.2.5 بیمارستان روال مشخصی برای مدیریت درد دارد و دسترسی به فرآورده های دارویی مخدر و ذخیره آن را طبق مقررات جاری کنترل می نماید.		
C.4.2.6 بیمارستان دارای خط مشی و روش های اجرایی برای مدیریت خطاهای دارویی است.		
C.4.3.1 بیمارستان، داروسازان بالینی دارد که در فرایند تجویز دارو مشارکت داشته و سیستمی برای شناسایی تداخلات دارو- دارو و دارو- غذا دارد.	معیار پیشرفته	

دارودهی بیماران با رعایت اصول صحیح دارودهی طبق آخرین روش پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی

اصول دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح. دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارودهی اضافه شده، عبارت اند از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده. عدم کفایت دانش و آگاهی کادر بالینی در خصوص موارد مصرف، منع مصرف و تداخلات دارویی و نیز عدم توجه به عوامل جسمانی، شناختی، روانی/هیجانی و اجتماعی بیماران مانند آلرژی، بارداری، بیماریهای همراه، سواد سلامت و سایر داروهای مصرفی آنان از دیگر منابع و علل خطاهای دارویی ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می شوند که با افزایش تعداد داروهای مصرفی بر شدت این مشکل هم رو به افزایش است. خطاها می تواند شامل نوشتن نسخه برای بیمار اشتباه، دوز اشتباه دارویی، داروی اشتباه، راه اشتباه مصرف یا زمان اشتباه برای دادن دارو به بیمار باشد. دست خط ناخوانا، سو تفاهم ها در محاوره کلامی و کاربرد اختصاراتی که دارای

چندین معنا بوده و می توانند به صورت نادرست تفسیر شوند باشند، خطاهای ریاضی ناشی از محاسبه اشتباه دوز دارو به علت بی دقتی یا خستگی و هم چنین ناشی از عدم آموزش کافی و نا آشنایی با نحوه کار با حجم ها، مقادیر، غلظتها و واحدها و/یا فقدان دسترسی به پارامترهای به روز از سایر علل خطاهای دارویی در ضمن نسخه نویسی داروها محسوب می شود.

رعایت گامهای ذیل توسط داروساز در کاهش خطر خطاهای نسخه پیچی موثر است.

۱. اطمینان از ثبت / ورود صحیح نسخه دارویی
 ۲. تأیید صحت و کامل بودن نسخه دارویی
 ۳. آگاهی از داروهای با اسامی و اشکال مشابه (داروها با اسامی مشابه مسوول یک سوم خطاهای دارویی می باشند).
 ۴. دقت نظر و توجه به صفرها و اختصارات
 ۵. سازمان دهی و نظم محیط کاری
 ۶. در صورت امکان کاهش عوامل حواس پرتی و مزاحمت و ایجاد وقفه حین کار
 ۷. تمرکز بر کاهش استرس و ایجاد تعادل در حجم کاری سنگین
 ۸. صرف وقت به منظور ذخیره و انبارش مناسب داروها
 ۹. کنترل کامل تمامی نسخ دارویی و ارائه همیشگی مشاوره کامل دارویی به بیمار
- خطاهای سنتی در فرآیند دادن دارو به بیمار عبارتند از مصرف دوز اشتباه دارو به بیمار اشتباه، راه مصرف اشتباه، در زمان اشتباه یا داروی اشتباه. ندادن دارو بر طبق نسخه دارویی تجویز شده به بیمار و مستند سازی نامناسب و خطاهای محاسباتی / اشتباهات محاسباتی برای داروهای وریدی (برای مثال قطرات / ساعت یا قطرات/دقیقه، ml/h یا ml/min) از اشکال خطاهای مرتبط به این مرحله است. این خطاها می توانند ناشی از عدم برقراری ارتباط مناسب، لغزش یا خطای حافظه و عدم توجه/ تمرکز آنی، عدم کنترل روشهای اجرایی، عدم دقت و خواب آلودگی و نیز شرایط محیط کاری زیر استاندارد و طراحی و بسته بندی داروها باشد.

روشهایی برای مصرف ایمن تر داروها جهت توصیه به پزشکان و سایر ارائه دهندگان خدمت در حیطه دارویی:

- ✓ استفاده از اسامی ژنریک
- ✓ داروهای بیماران را منطبق با نیازهای فردی آنان نسخه نویسی نمایید
- ✓ اخذ تاریخچه کامل دارویی را بیاموزید و به آن عمل کنید.
- ✓ در ناحیه خود، نام داروهایی را که با خطر بالای وقایع ناخواسته توأم می باشند، بدانید
- ✓ در مورد داروهایی که نسخه نویسی می نمایید بیشتر بدانید
- ✓ از کمک حافظه ها استفاده کنید و به صورت شفاف ارتباط برقرار نمایید

+ دو پیام مهم ایمنی دارویی

۱. داروهای فاقد برچسب مشخصات به دور انداخته شوند.
۲. هیچگاه دارویی را که به طور ۱۰۰ درصد نمی دانید چیست، به بیمار ندهید.

+ نکاتی مهم در خصوص داروهای مخدر

۱. نسخه نویسی داروهای مخدر توسط پزشک متخصص (و بالاتر) انجام شود.
۲. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام داروهای مخدر در هنگام دستوردارویی
۳. اتصال تجویز داروهای مخدر به سیستمهای هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی
۴. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز داروهای مخدر
۵. مشخص نمودن داروهای نارکوتیک با غلظت بالا توسط برچسب مخصوص از سایر غلظتهای دارویی
۶. ارائه آموزشهای لازم به کادر بالینی در ارتباط با تفاوتهای مورفین و هیدرومورفین
۷. نگهداری داروهای نارکوتیک و تسکین دهنده های درد در داروخانه / بخشهای بستری در قفسه جداگانه قفل دار به صورت حفاظت شده
۸. درج سوابق و تحویل موجودی داروهای مخدر در تعویض شیفتهها
۹. استفاده از برچسب واجد مشخصات دارو و غلظت آن در صورت نیاز فوری به ارسال دارو از داروخانه با غلظتی متفاوت از غلظت استاندارد داروی نارکوتیک
۱۰. الزام به چک مستقل دو گانه و تنظیم پمپ هوشمند با نظارت فرد دوم
۱۱. وجود برچسب بر روی کیسه هرگونه دارویی که از طریق پمپ اپیدورال از جمله اینتر اسکالن و بلوک موضعی عصب انفوزه می شود
۱۲. رعایت اصول دارو دهی عبارت است از داروی صحیح، راه صحیح، زمان صحیح، دوز صحیح و بیمار صحیح دو موردی که بر اساس مطالعات سازمان جهانی بهداشت به منظور تضمین ایمنی مصرف دارویی به اصول اولیه دارو دهی اضافه شده، عبارت است از مستند سازی صحیح و حق کارکنان، بیمار یا مراقبین بیمار در ارتباط با سؤال در مورد دستور دارویی داده شده.

داروهای هشدار بالا High Alert Medication

از دیدگاه انستیتوی خدمات ایمن دارویی زمانی که داروهای هشدار بالا به اشتباه مورد استفاده قرار می گیرند. باعث مرگ یا آسیب شدید بیماران می شوند. اگر چه ممکن است میزان تکرر خطا در مصرف و تجویز این داروها شایع نباشد، لیکن عوارض و سکل به جای مانده ناشی از خطاهای دارویی برای بیماران بسیار شدید، پایدار و غیر قابل جبران و بازگشت است. این داروها که می توان از میان آن ها، به داروهای ضد انعقاد، نارکوتیک ها، اوپوئید، انسولین و آرام بخش ها اشاره نمود، بیشتر توأم با عوارضی نظیر کاهش فشارخون، خونریزی، کاهش قند خون، دلیریوم، لتارژی و برادی کاردی بوده که هر یک از این عوارض می توانند آسیب و ضرری جبران ناپذیر را برای بیماران باعث گردند.

احتیاطاتی که در مصرف و تجویز این داروها پیشنهاد می شوند شامل موارد ذیل است:

۱. به کارگیری استراتژی هایی نظیر بهبود دسترسی به اطلاعات دارویی مرتبط به "داروهای با هشدار بالا"
۲. ممنوعیت دسترسی آزاد به "داروهای با هشدار بالا"
۳. داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی و یا اشکال مشابه می باشند را در انبار داروخانه در سبدهای قرمز رنگ گذارده و نام دارو را به زبان فارسی با فونت حداقل ۴۸ که از دور قابل خواندن باشد، بر روی آن نصب کنید.

۴. در هنگام نسخه نویسی و نسخه برداری داروهای با هشدار بالا که دارای اسامی مشابه می باشند، حتما، از (نسخه نویسی و نسخه برداری به روش نگارش: TALL MAN LETTERING استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی، به عنوان مثال DOPamine در مقابل DoBUTamine) به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی دارویی، استفاده شود.

۵. محدودیت در تجویز داروهای با هشدار بالا به صورت شفاهی یا تلفنی

۶. نسخه نویسی داروهای با هشدار بالا توسط پزشک متخصص (و بالاتر)

۷. استفاده از حروف درشت جهت نوشتن نام دارو در هنگام دستوردارویی

۸. اتصال تجویز دارو ها به سیستم های هشدار اتوماتیک در زمان بروز خطای دارویی

۹. استفاده از برجسب هشدار دهنده به منظور جلب نظر کاربران در هنگام تجویز "داروهای با هشدار بالا"

۱۰. استاندارد سازی و دقت بسیار در هنگام انبار داری، نسخه نویسی، نسخه برداری، آماده سازی و تجویز "داروهای با هشدار بالا"، به نحوی که از بروز وقایع ناخواسته بکاهد.

۱۱. تجویز و آماده سازی "داروهای با هشدار بالا" توسط دو نفر از کادر حرفه ای به صورت مستقل از یکدیگر

✚ داروهای مشابه

تشابه داروها از سه منظر مطرح است. این تشابه میتواند به لحاظ شباهت در بسته بندی دارویی باشد که از آن به عنوان شباهت ظاهری یا نمایی یاد می شود. وجه دیگر از تشابه، مشابهت در تلفظ یا به عبارتی املا و تشابه نوشتاری می باشد که کارکنان در دیدن دچار اشتباه و خطای دیداری نام دارو می شوند. این تشابه غالبا می تواند شباهت تلفظی یا آوایی را به دنبال داشته باشد که منجر به خطای شنیداری در حین تبادل اطلاعات و دستورات دارویی به صورت شفاهی/تلفنی می شود. فلسفه ای که بر مبنای آن احتمال خطرات ناشی از داروها با اسامی مشابه شکل گرفته این است که تازمانی که حروف ابتدایی و انتهایی هر کلمه صحیح باشد مهم نیست که حروف یک کلمه به چه ترتیبی در کنار هم قرار گرفته اند و به عبارتی مشاهده کننده بدون توجه به سایر حروف و بر اساس تداعی ذهنی قبلی خود از آن کلمه برداشت می نماید. به همین دلیل است که وجود مقادیر انبوه داروهای موجود در بازار مصرف با اسامی (تجاری یا برند) مشابه، گیج کننده می شود و با توجه به همین فلسفه این مشکل در سراسر جهان به عنوان یکی از علل آسیب های ناخواسته و حوادث تهدید کننده ایمنی بیمار معنا یافته است. با توجه به فراوانی شباهت داروها به لحاظ شکلی و اسمی، رعایت استانداردهای تجویز ایمن داروهای مشابه شکلی و اسمی بسیار حائز اهمیت است.

آسیب به بیماران از جانب داروهای مشابه شکلی و اسمی از جوانب ذیل ممکن است ایجاد شود

۱. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از دست خط ناخوانای کارکنان بالینی اعم از پزشکان در زمان نسخه نویسی/تجویز و پرستاران هنگام نسخه برداری

۲. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای شنیداری داروهای با اسامی مشابه یا آواهای مشابه

۳. بروز خطاها/ اشتباهات دارویی ناشی از خطای تجویز (دادن دارو) در داروهای با اشکال مشابه.

نصب یادآور داروها با اشکال مشابه در اتاق آماده سازی داروها (لیست داروهای با اشکال مشابه منطبق بر داروهای موجود در بیمارستان می باشد و بدین منظور ضروری است که پس از تدارک دارویی و در فواصل دوره ای منظم توسط بخشها بازنگری و به روز شود). برچسب داروهای با اسامی و اشکال مشابه به رنگ زرد است و به نحوی بر روی ویال دارویی الصاق گردد که نام و مشخصات دارو قابل خواندن باشد. جعبه محتوی ویالها و آمپول ها و داروهای با اسامی و اشکال مشابه در ترالی اورژانس را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. در تمامی انبارهای دارویی بیمارستان (بخش، انبار مرکزی بیمارستان و داروخانه)، ظروف نگهداری داروهای با اسامی و اشکال مشابه را با برچسب زرد رنگ نشان گذاری شوند. حین برچسب گذاری بر روی ظروف نگهدارنده برچسب صحیح الصاق و از چک مستقل دوگانه استفاده شده و به صورت دوره ای به روز شود. برقراری ارتباط در خصوص داروهای مشابه باید به صورت شفاف باشد.

بدین منظور از روش هایی مانند "Read back/Right Down/ Repeat back" و "Close the Loop" میتوان استفاده کرد. در هنگام نسخه نویسی و دادن دارو به بیمار ۵ قانون مرتبط به داروها (دارودهی درست) اعمال گردد. به منظور تأکید بر روی اختلاف اسامی داروهای با اسامی مشابه، نسخه نویسی و نسخه برداری داروها به روش نگارش استفاده از حروف بزرگ در نوشتن نام داروهای مشابه اسمی صورت پذیرد. روش و نحوه تحویل موقت خدمات در بخشهای بستری یا انبارهای دارویی در زمان ترک موقت خدمت مشخص باشد. همچنین بایستی به بیماران و مراقبین آنان آموزش داده شود که داروها هم دارای اسامی تجاری و هم اسامی ژنریک هستند، شرکتهای مختلف دارویی فرمولاسیون مشابه دارویی را با اسامی متفاوت تجاری تولید می کنند و معمولاً اسامی تجاری با حروف بزرگ و اسامی ژنریک با پرینت کوچک بر روی جعبه/ شیشه دارو نوشته می شوند. به بیماران برگه های آموزشی کتبی در ارتباط با موارد مصرف، نامهای ژنریک و تجاری و عوارض

جانبی بالقوه داروهای مصرفی داده شود. با توجه به افزایش خطر بالقوه ناشی از خطاهای مرتبط به اسامی و اشکال مشابه دارویی LASA، بیماران به نگهداری فهرستی از اسامی تجاری و ژنریک داروهای مصرفی شان تشویق شوند. به بیماران توضیح داده شود که برخی داروها ممکن است دارای دو نام مختلف باشند. به منظور رفع ابهامات بیماران، فرصتی برای مرور دستور دارویی آنان با داروساز بیمارستان فراهم شود. بیماران و خانواده آنان به یادگیری نام ژنریک داروی خود به عنوان شناسه کلیدی ترغیب شوند. به بیماران آموزش داده شود که در صورت مغایرت داروهای آنان با رژیم دارویی معمولی شان، قبل از مصرف حتماً به ارائه دهنده خدمت اطلاع دهند. در صورتی که داروی بیمار

نیاز به ابزار اندازه گیری (برای مثال: وجود قاشق یا پیمانه برای شربت ها) دارد، در اختیار وی قرار گیرد.

تلفیق دارویی

ارائه خدمات دارویی در بیمارستان، فرآیند پیچیده ای است که شامل تدارک، انبارش، نسخه نویسی، نسخه پیچی، تجویز و پایش دارو است. خطاهای دارویی در هر یک از این مراحل می تواند رخ دهد که بر اساس شواهد، هر سال باعث مرگ چند هزار نفر و آسیب به ۱ / ۵ میلیون نفر میگردد و فقط در کشور امریکا هزینه های معادل ۳ / ۵ میلیون دلار تحمیل می نماید. بالغ بر ۵۶٪ خطاهای دارویی در هنگام نسخه نویسی واقع می شود. در ۴۶٪ مواقع خطاهای دارویی در زمان انتقال، پذیرش یا ترخیص از بخش/بیمارستان رخ میدهد. از طرفی واکنش ناخواسته دارویی که به عنوان آسیب ناشی از یک دارو در دوز و مصرف نرمال

تعریف شده، از مشکلات پیچیده و مهم بالینی است. شیوع کلی تداخلات دارویی که می تواند ناشی از تأثیر متقابل دارو با دارو، دارو با غذا و دارو با داروهای گیاهی باشد در حد ۵۰٪ تا ۶۰٪ است و پیشگیری از وقوع آن در مدیریت دارویی بیمار بسیار حائز اهمیت است. تعدد داروهای مصرفی بیماران توان بالقوه برای بروز تداخلات دارویی را افزایش می دهد. سن بیمار، شدت بیماری، ژنتیک، بیماریها (نقص عملکردی کبدی یا کلیوی)، رژیم غذایی، استعمال دخانیات و مصرف الکل از سایر علل و عوامل تأثیرگذار بر بروز تداخلات دارویی هستند.

تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که با همکاری ارائه کنندگان خدمات سلامت، بیماران و خانواده آنان به منظور تضمین انتقال منسجم اطلاعات صحیح و جامع دارویی در طی انتقال خدمت یا مراقبت شکل می گیرد. تلفیق دارویی مستلزم مرور منظم، ساختارمند و جامع تمام داروهای بیمار به منظور تضمین ارزیابی دقیق قبل از قطع، تغییر یا دستور داروی جدید است. این فرآیند جزئی از مدیریت داروی بیماران بوده که پزشک را قادر به تصمیم گیری برای دستور مناسب ترین دارو برای بیمار می نماید. فهرستی از تمامی داروهایی که بیمار دریافت می نماید تهیه (با نام، دوز، دفعات مصرف، شکل و راه مصرف داروهای مصرفی) و بررسی شده و ضمن مشاوره با داروساز بالینی/داروساز و رفع تداخلات دارویی توسط پزشک معالج انجام می شود.

داروهایی که بایستی مشمول تلفیق دارویی شوند

۱. داروهای نسخه شده

۲. ویتامین ها

۳. داروهای روی پیشخوان یا همان داروهایی که خرید و مصرف آنها نیاز به تجویز پزشک ندارد.

۴. مواد تشخیصی و کنتراست ها

۵. تغذیه مکمل

۶. فرآورده های خونی

۷. مایعات وریدی

۸. مواد غذایی

۹. داروهای گیاهی

اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار یا خانواده وی بایستی توسط پزشک بستری کننده بیمار صورت پذیرد، مگر در مواقع اورژانس که فوریت اقدامات درمانی مطرح می باشد و در این موارد، اخذ و ثبت اطلاعات مربوط به داروهای فعلی از بیمار می تواند حداکثر تا ۲۴ ساعت پس از پذیرش به تعویق بیفتد. در بیمارستانهای آموزشی اخذ تاریخچه داروهای مصرفی فعلی بیمار معمولاً توسط دانشجویان پزشکی ذیصلاح انجام می شود.

نسخه پیچی و توزیع ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات مصرفی پزشکی، تحت نظارت مستقیم مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی است.

- ابعاد نظارت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی بر نحوه توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی به شرح ذیل:
۱. تعیین نحوه و تواتر توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی از انبارهای مربوطه به داروخانه، از داروخانه به بخش و موارد استثنایی خارج از پیش بینی
 ۲. توزیع دارو به صورت dose Unit یا نایلون دوز بودن نحوه تحویل دارو به بخشها
 ۳. انتخاب کارکنان ذیصلاح تحویل گیرنده دارو در بخشها به تشخیص سرپرستار
 ۴. حمل و نقل ایمن دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی با رعایت شرایط نگهداری از جمله دما و شرایط بسته بندی از انبار دارویی تا بخشها
 ۵. حفظ زنجیره سرمایی داروهای یخچالی، محافظت از بسته بندی داروها
 ۶. عدم خروج داروها از بسته بندی بهداشتی و خرد کردن ورقه ای دارو که منجر به ناممکن بودن قرائت تاریخ انقضا شود
 ۷. تحویل دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی مصرفی صرفاً به افراد معین و ذیصلاح در هر یک از بخشهای بالینی
 ۸. عودت داروها و ملزومات مصرف نشده بیماران با حفظ شرایط نگهداری به داروخانه
 ۹. عدم انبارش دارو در بخش و عودت داروهای مصرف نشده در بخشها
 ۱۰. نظارت میدانی مدیریت دارویی از اتاق درمان و نحوه نگهداری و مصرف داروهای موجود در بخش در بازه زمانی معین
 ۱۱. مراقبت از تداخلات دارویی، عوارض جانبی دارویی و دستورالعمل داروهای خودبخود متوقف شونده با استفاده از نرم افزار
 ۱۲. نحوه نگهداری داروهای پرخطر و تزریقی و گران قیمت
- کمیته درمان، دارو و تجهیزات پزشکی در بازه زمانی حداقل هر سه ماه یک بار از تمامی بخشهای بالینی نظرات و انتقادات را در زمینه تامین و توزیع دارو، ملزومات و تجهیزات پزشکی را جمع آوری و تصمیمات اصلاحی/ برنامه بهبود را با محوریت مسئول فنی بخش مراقبتهای دارویی طراحی و اجرا می نماید.

حیطه D. محیط ایمن

جدول ۲۸. حیطه D. محیط ایمن

تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۱	۱۵	۰	D.1 بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.	حیطه D. استاندارد های محیط ایمن
۰	۵	۱	D.2 بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندهاست.	
۱	۲۰	۱	کل	

جدول ۲۹. D.1 بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.

بیانیه معیار	سطح معیار	D.1
D.1.2.1 بیمارستان یک فرد مسئول برای بهداشت و ایمنی محیط دارد که با پشتیبانی یک کمیته چند تخصصی فعالیت می نماید.	معیار اساسی	بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.
D.1.2.2 در طراحی بیمارستان، حداکثر توجه به ایجاد محیط ایمن، از جمله کنترل عفونت و جداسازی فضاهای تمیز و کثیف شده است.		
D.1.2.3 بیمارستان برای تجهیزات پزشکی و محیط فیزیکی خود برنامه تعمیر و نگهداشت پیشگیرانه دارد.		
D.1.2.4 بیمارستان یک برنامه مشخص جهت حفظ امنیت اجرایی نماید و در صورت لزوم از مناطق امن استفاده می نماید.		
D.1.2.5 بیمارستان تضمین می نماید که کارکنان کارت شناسایی خود را به نحوی که در معرض دید باشد، الصاق می نمایند.		
D.1.2.6 بیمارستان برنامه مدیریت مخاطرات و بلایای داخلی و خارجی را تهیه کرده و آنها را به صورت آزمایشی اجرا می نماید.		
D.1.2.7 بیمارستان دارای سیستم نظارتی است که در صورت خرابی و نقص فنی خدمات حیاتی مانند برق، آب و گازهای طبی هشدار می دهد.		
D.1.2.8 بیمارستان دارای برنامه ایمنی در برابر حریق است که شامل طرح تخلیه است.		
D.1.2.9 بیمارستان برنامه اثربخش جهت سیستم تأسیسات مشتمل بر آب، گازهای طبی و سوخت دارد.		
D.1.2.10 بیمارستان دارای برنامه حفاظت در برابر اشعه است و یک فرد مشخص، مسئول اجرای آن می باشد.		

D.1.2.11 علائم هشداردهنده در بیمارستان نصب شده اند که مناطق غیرایمن را مشخص می کنند.		
D.1.2.12 بیمارستان برای بیماران، کارکنان و ملاقات کنندگان، غذا و نوشیدنی سالم و متناسب تدارک می بیند.		
D.1.2.13 محیط بیمارستان تمیز و پاکیزه است.		
D.1.2.14 خط مشی ممنوعیت استعمال دخانیات در بیمارستان اجرا شده است.		
D.1.2.15 بیمارستان ساز و کارهایی برای اطمینان از وجود ذخایر پشتیبان برای خدمات پایه شامل گازهای طی، آب و برق، و جایگزینی آن در صورت خرابی و نقص تأسیسات دارد.		
D.1.3.1 بیمارستان دارای مدیریت خودکار اطلاعات و سیستم مدارک پزشکی الکترونیک با سیستم پشتیبانی متناسب است.	معیار پیشرفته	

جدول ۳۰. 2.D بیمارستان دارای محیط فیزیکی امن و ایمن برای بیماران، کارکنان، داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.

بیانیه معیار	سطح معیار	D.2
D.2.1.1 بیمارستان راهنمای مدیریت پسماندهای نوک تیز و بُرنده را رعایت می نماید.	معیار الزامی	بیمارستان دارای سیستم ایمن مدیریت دفع پسماندهاست. داوطلبان خدمت و ملاقات کنندگان است.
D.2.2.1 بیمارستان راهنماهای مدیریت ایمن پسماند، از جمله نگهداری و دفع ایمن پسماند را رعایت می نماید.	معیار اساسی	
D.2.2.2 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای بیولوژیک را رعایت می نماید.		
D.2.2.3 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای شیمیایی را رعایت می نماید.		
D.2.2.4 بیمارستان راهنماهای مدیریت پسماندهای رادیولوژیک را رعایت می نماید.		
D.2.2.5 بیمارستان پسماندها را بر اساس سطح خطر از مبدأ تفکیک و کدبندی رنگی می نماید.		

دستورالعمل مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی ویژه مراکز بهداشتی درمانی

الف - در خصوص مدیریت پسماندهای پزشکی ویژه تولیدی در مطبها، درمانگاهها و سایر مراکز مشابه ضمن رعایت دستورالعملهای مرکز سلامت محیط و کار و ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته رعایت نکات زیر الزامی است:

۱. کلیه مراکز تولید کننده پسماند پزشکی موظفند در مبدا تولید پسماندهای عادی و پسماندهای ویژه خود را با رعایت موارد زیر جمع آوری، از یکدیگر تفکیک و بسته بندی نمایند.
 ۲. تفکیک و جمع آوری پسماندهای پزشکی که عبارتند از پسماند عفونی، تیز و برنده، شیمیایی و دارویی و عادی بطور جداگانه الزامی است.
 ۳. کلیه پسماندهایی که روش امحای آنها یکسان می باشند نیاز به جداسازی و تفکیک از یکدیگر ندارند.
 ۴. قراردادن پسماندهای پزشکی ویژه تولیدی در خارج از محوطه مراکز فوق اکیداً ممنوع است این پسماندها باید تا قبل از بی خطر سازی در یک محل مناسب، محفوظ و غیر قابل دسترس برای افراد سودجو نگهداری شوند.
 ۵. در واحد های کوچک این پسماندها را می توان در سطلهای مجهز به سیستم حفاظتی واقع در محلی امن و در مراکزمانند مطبها که حجم پسماندهای ویژه چندان زیاد نیست در سطل زباله غیر قابل نشت، مقاوم قابل شستشو در کیسه های مخصوص حمل زباله نگهداری نمود.
 ۶. جابه جایی و حمل و نقل پسماندهای تفکیک شده ویژه با پسماندهای عادی ممنوع است.
- ب - برای تبدیل پسماندهای عفونی و تیز و برنده به پسماندهای عادی (بی خطر) در مراکز فوق می توان از ضوابط و روشهای مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی و پسماندهای وابسته زیر استفاده نمود:
۱. نصب دستگاههای غیرسوز با حجم مناسب و استفاده از آنها در مبدأ تولید (در داخل هر مرکز یا مطب و....)
 ۲. نصب دستگاههای غیرسوز با حجم مناسب و استفاده از آنها بصورت مرکزی (در ساختمان پزشکان)
 ۳. عقد قرارداد و تحویل پسماند پزشکی ویژه به نزدیکترین بیمارستان یا نزدیکترین محل مجهز به سیستم بی خطر ساز غیرسوز بدیهی است حمل و نقل پسماند پزشکی ویژه از محل تولید تا محل استقرار دستگاه بیخطر ساز غیرسوز باید با رعایت کلیه ضوابط بهداشتی و ایمنی صورت گیرد.
 ۴. مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی ویژه و انجام کار بصورت متمرکز و یا غیر متمرکز طبق مندرجات ضوابط واگذاری مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی به اشخاص حقیقی و حقوقی
- در صورت واگذاری مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی به اشخاص حقیقی و حقوقی؛ حمل و نقل پسماند پزشکی ویژه از محل تولید تا دفع نهایی باید با رعایت ضوابط بهداشتی و ایمنی انجام و کلیه مراحل مدیریت اجرایی با نظارت معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی ذیربط صورت پذیرد. همچنین اشخاص حقیقی و حقوقی ملزم به رعایت دستورالعملهای مربوطه وزارت بهداشت می باشند.
- در مناطق کویری و خشک و مناطقی که سطح آب های زیرزمینی پایین است در صورت وجود زمین مناسب، دفن پسماندها با رعایت ضوابط بهداشتی مجاز می باشد.

۵. در مناطق روستائی در صورتیکه حجم پسماند عفونی کم باشد میتواند از روش دفن بهداشتی نیز برای امحاء پسماندهای عفونی با رعایت ضوابط زیر استفاده نمود:

ضوابط و معیارهای دفن بهداشتی

۱. محل دفن توسط سازمان حفاظت محیط زیست تعیین می گردد.
۲. محل دفن باید از محل مسکونی دور باشد و در جایی واقع شود که مطمئن باشیم آبهای سطحی و یا زیرزمینی آلوده نمی شوند. منطقه نباید در معرض سیل یا فرسایش باشد.
۳. به منظور جلوگیری از نشت آلاینده به آبهای زیر زمینی سایت دفن باید نسبتاً غیرقابل نفوذ باشد و چاههای کم عمق نزدیک سایت نباشد.
۴. عملیات دفن باید تحت نظارت کامل و دقیق صورت گیرد.
۵. یک چاله یا ترانشه با حداقل ۲ متر عمق حفر شود نصف آن با پسماند پر شود سپس ۰٫۵ متر با آهک و تا سطح با خاک پر شود.
۶. اگر ترانشه در طول روز پر نشد، قبل از پر شدن کامل یک ترانشه، پس از ریختن پسماند یک لایه ۵-۱۰ سانتیمتری خاک باید برای پوشش پسماند اضافه شود.
۷. باید مطمئن شد که حیوانات دسترسی به سایت دفن ندارند حصارکشی با سیمهای آهنی گالوانیزه یا نصب حفاظ، مناسب می باشد.
۸. مسئول سایت دفن باید اطلاعات همه ترانشه های دفن را نگهداری کند.

پ - در صورت ورود هرگونه خسارت ناشی از عدم رعایت مقررات بهداشتی مربوط به مدیریت اجرایی پسماندهای پزشکی ویژه به اشخاص و یا محیط زیست، مسئولیت آن به عهده تولیدکنندگان و اشخاص حقیقی و حقوقی مسئول عملیات فوق با توجه به قصور آنان می باشد.

حیطه E. آموزش مداوم

جدول ۳۱ حیطه E. آموزش مداوم

تعداد معیارها			بیانیه استاندارد	حیطه
پیشرفته	اساسی	الزامی		
۰	۱	۱	E.1 بیمارستان برنامه مشخص و ویژه ای برای ارتقای حرفه ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه ای دارد.	حیطه E. استانداردهای آموزش مداوم
۲	۱	۰	E.2 پژوهش ها و پروژه های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به طور مستمر در بیمارستان انجام می شود.	
۲	۲	۱	کل	

جدول ۳۲ . E.1 بیمارستان برنامه مشخص و ویژه ای برای ارتقای حرفه ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه ای دارد.

E.1	سطح معیار	بیانیه معیار
بیمارستان برنامه مشخص و ویژه ای برای ارتقای حرفه ای کارکنان دارد که ایمنی بیمار در آن جایگاه ویژه ای دارد.	معیار الزامی	E.1.1.1 تمامی کارکنان بیمارستان دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار را گذرانده اند.
	معیار اساسی	E.1.2.1 بیمارستان برنامه های آموزش مداوم را برای کلیه کارکنان به منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران اجرا می نماید.

جدول ۳۳ . E.2 پژوهش ها و پروژه های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به طور مستمر در بیمارستان انجام می شود.

E.2	سطح معیار	بیانیه معیار
پژوهش ها و پروژه های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار به طور مستمر در بیمارستان انجام می شود.	معیار اساسی	E.2.2.1 کلیه پژوهش ها بر اساس نیازهای بیمارستان به تأیید گروه داخلی ایمنی بیمار یا سایر کمیته های مربوطه رسیده و پایش می گردد.
	معیار پیشرفته	E.2.3.1 بیمارستان در راستای بهبود ایمنی خدمات ارائه شده، مطالعات گذشته نگر، آینده نگر، و / یا مقطعی را به منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته به طور سالانه اجرا می نماید.
		E.2.3.2 بیمارستان به منظور ارتقای فعالیت های ایمنی بیمار، پروژه های بهبود کیفیت را اجرا می نماید.

معیارهای قابل سنجش دوره آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار کارکنان بیمارستان

- ✓ برنامه توجیهی ایمنی بیمار به عنوان مثال، خط مشی ها و روشهای اجرایی و راهنماها
- ✓ فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای پژوهش علمی برای رسیدگی به مشکلات ایمنی بیمار به عنوان مثال “ ابزار تریگر ” (سرنخ های کلی برای سنجش وقایع ناخواسته
- ✓ آموزش کارکنان در زمینه ابزارهای پژوهش علمی و روش های گذشته نگر و آینده نگر در ارتباط با مشکلات ایمنی بیمار؛
- ✓ فرایند بررسی وضعیت اجرای برنامه آموزش توجیهی در زمینه ایمنی بیمار.

معیارهای قابل سنجش برنامه های آموزش مداوم برای کلیه کارکنان به منظور تضمین ارائه خدمات ایمن به بیماران و احترام به حقوق بیماران

- ✓ فرایند شناسایی نیازهای آموزشی کارکنان و رفع آن با ارائه آموزشهای مداوم برای همه کارکنان به منظور اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیمار
- ✓ فرایند آموزش کارکنان در مورد استفاده از ابزارهای علمی پژوهش به منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار
- ✓ سوابق آموزش کارکنان در خصوص ابزارهای علمی پژوهش و روش های گذشته نگر و آینده نگر به منظور شناسایی و تعیین مشکلات ایمنی بیمار
- ✓ سوابق آموزش کارکنان در زمینه ارائه خدمات ایمن به بیماران بر اساس نیازهای آموزشی فردی آنها
- ✓ سوابق آموزش کارکنان در مورد جنبه های حقوق بیمار و نحوه احترام به آنها
- ✓ فرایند بررسی وضعیت اجرای آموزش های مداوم برای کلیه کارکنان به منظور تضمین استانداردهای خدمات ایمن به بیماران

معیارهای قابل سنجش پژوهش ها و پروژه های بهبود کیفیت مرتبط با ایمنی بیمار

- ✓ خط مشی و روشهای اجرایی در مورد پژوهش های مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ آموزش کارکنان در زمینه خط مشی و روشهای اجرایی پژوهش های مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ فرایند بررسی میزان تبعیت از خطمشی و روشهای اجرایی پژوهش های مرتبط با ایمنی بیمار
- ✓ صورتجلسات گروه داخلی ایمنی بیمار یا کمیته مربوطه
- ✓ مطالعات و گزارشهای آینده نگر، گذشته نگر و یا مقطعی با استفاده از روش سازمان جهانی بهداشتی به منظور ارزیابی وسعت، شدت و ماهیت وقایع ناخواسته برای اطمینان از ارائه خدمات ایمن به بیماران، که به طور منظم حداقل سالی یک بار اجرا می شود.
- ✓ راهنمای روش شناسی سازمان جهانی بهداشت برای مستندسازی آسیب های وارده به بیمار
- ✓ سوابق برنامه ریزی، اجرا، پایش و ارزیابی پروژه های بهبود کیفیت که ایمنی بیمار را ارتقاء می دهند.
- ✓ آموزش کارکنان در زمینه اجرا و پیاده سازی پروژه های بهبود کیفیت و فعالیت های ایمنی بیمار
- ✓ گزارشهای پایش در خصوص استفاده از پروژه های بهبود کیفیت قابل ارتقاء و پایدار

منابع:

۱. Patient safety assessment manual (Third edition)
۲. راهنمای جامع استانداردهای اعتبار بخشی ملی بیمارستانهای ایران دور پنجم اعتباربخشی ملی سال ۱۴۰۱
۳. راهنمای ارزیابی ایمنی بیمار ویرایش سوم بهار ۱۴۰۲
۴. راهنمای برقراری ارتباط صحیح کارکنان خدمات سلامت در حین تحویل بیمار، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، مرداد ۱۳۹۳
۵. راهنمای پیشگیری از سقوط بیمار، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، مرداد ۱۳۹۳
۶. بازدیدهای مدیریتی ایمنی بیمار ترجمه فرناز مستوفیان سال ۱۳۸۹
۷. دستورالعمل مستندسازی پرونده های پزشکی ابلاغی وزارت بهداشت و درمان و آموزش پزشکی
۸. راهنمای پیشگیری از زخم فشاری، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، مرداد ۱۳۹۴
۹. راهنمای جراحی ایمن، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، مرداد ۱۳۹۲
۱۰. دستورالعمل تزریقات ایمن، ترجمه و تالیف فرناز مستوفیان آبان ۱۳۹۱
۱۱. الزامات اخذ رضایت آگاهانه و تشخیصی درمانی (پروسه‌های تهاجمی)، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، اردیبهشت ۱۳۹۵
۱۲. راهنمای شناسایی صحیح بیماران، تهیه و تدوین فرناز مستوفیان، مرداد ۱۳۹۳